

**Systemisch-lösungsorientierte Beratung
zur Prävention von Stress und Burnout
in Pflegeberufen**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Sozialwissenschaften
der Universität Mannheim

vorgelegt von
Dipl. Psych. Christoph Abel
Juli 2007

Fakultät für Sozialwissenschaften

Dekan:

Prof. Dr. Joseph Brüderl

Referentin:

Prof. Dr. Sabine Matthäus

Koreferent:

Prof. Dr. Manfred Hofer

Tag der Disputation:

12. Dezember 2007

Danksagung

Diese Arbeit ist nicht das Produkt eines Einzelnen, sondern entstand durch die Anregung, Unterstützung, Begleitung und Mithilfe einer Reihe von Personen, bei denen ich mich im Folgenden bedanken möchte.

Mein erster und besonders herzlicher Dank gilt Frau Prof. Dr. Sabine Matthäus. Ohne sie wäre die vorliegende Dissertation nicht möglich gewesen. Ihr habe ich zu verdanken, dass ich seit 2004 als wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Mannheim forschen darf. Jedes Jahr aufs Neue hat sie sich für die Verlängerung meines Vertrages, auch gegen teilweise große Widerstände, ein- und letztlich immer durchgesetzt. Sie war für meine Ideen stets offen und hat mich durch ihren fachlichen Rat, alle verfügbaren materiellen und personellen Mittel sowie durch ihre Geduld und Ermutigung unterstützt. Von administrativen Aufgaben weitgehend abgeschirmt, war ich in der Lage, neben meiner Verhaltenstherapie-Ausbildung, in einer relativ überschaubaren Zeit, diese Arbeit fertig zu stellen. Arbeitsbedingungen, nach denen man derzeit an Universitäten (fast) vergeblich sucht!

Ich möchte mich bei Frau Prof. Dr. Kersting als Projektverantwortliche und Ansprechpartnerin an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen (EFHLU) bedanken. Sie hat das Projekt ermöglicht und vor Ort begleitet. An dieser Stelle sei auch Frau Schäfer vom Sekretariat und Herrn Verwaltungsdirektor Schmidt für ihre hervorragende Kooperation bei der Planung der Kurse „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ gedankt.

Vielen Dank den wissenschaftlichen Hilfskräften und Diplomanden der Professur für Berufs- und Wirtschaftspädagogik für ihre Hilfe bei der Dateneingabe, Auswertung der Videosequenzen und Korrekturarbeiten.

Bedanken möchte ich mich bei den Mitarbeiterinnen des Otto-Selz-Institutes, die stets ein offenes Ohr für die fachlichen und methodischen Probleme eines Doktoranden hatten. Stellvertretend sei hier Frau Dr. Sylvia Schaller als Leiterin der Psychologischen Ambulanz für ihr Verständnis für meine spärliche Anwesenheit bei den Besprechungen, oder wenn Berichte etwas länger dauerten, gedankt.

Für seine fachliche und persönliche Unterstützung danke ich Herrn Dipl.-Ing. Thomas Abel, der als systemischer Berater über zwei Semester hinweg mehrere Parallelkurse an der EFH LU übernahm und der auch konzeptionell an den Kurscurricula mitwirkte. Herrn Dipl.-Psych. Leander Dehm und Frau Dipl.-Psych. Ulrike Abel danke ich für fachliche Anregungen und Korrekturarbeiten.

Ich danke Herrn Dr. Christian Liebig für seine Hilfe bei Fragen zum Computerprogramm *EndNote* und seinen methodischen Rat, ebenso Herrn Dipl.-Psych. Manuel Völkle vom Lehrstuhl Psychologie II der Universität Mannheim. Mein Dank gilt auch Tilman Bahls vom Rechenzentrum, der meinen Rechner immer wieder fit gemacht hat. Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner lieben Freundin Claudia für ihr Verständnis, emotionale und fachliche Unterstützung bedanken.

Diese Arbeit widme ich meinen Eltern, Gerhard und Veronika Abel. Ich danke Ihnen herzlich für ihre jahrelange Geduld und Unterstützung auf meinem bisherigen beruflichen und privaten Lebensweg.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	I
INHALTSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	X
TABELLENVERZEICHNIS	XII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XII
 TEIL I: EINFÜHRUNG	 1
1. EINLEITUNG	2
1.1 PROBLEMSTELLUNG	2
1.2 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	3
1.3 AUFBAU DER ARBEIT	5
 TEIL II: THEORIE	 11
2. DIE ARBEITSBEDINGUNGEN IN PFLEGEBERUFEN: DETERMINANTEN DER ARBEITSBELASTUNG	12
2.1 BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN	12
2.2 THEORETISCHE KONZEPTIONEN UND VERFAHREN ZUR UNTERSUCHUNG DER ARBEITSBELASTUNG IN PFLEGEBERUFEN	14

2.2.1 Instrumente auf der Grundlage des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts (Rohmert, 1984).....	14
2.2.2 Arbeitspsychologische Modelle und Verfahren zur Belastungsanalyse	15
2.2.2.1 Demand/Control-Modell (Karasek, 1979)	16
2.2.2.2 Modell der Regulationsbehinderungen (Leitner, 1987)	17
2.2.2.3 OTI-Konzept von Büssing et al. (z.B. 2003)	18
2.2.2.4 Konzept „Stress am Arbeitsplatz“ (Greif, 1991)	19
2.2.3 Kritik an den bedingungsspezifischen Ansätzen.....	20
2.2.4 Zusammenfassung	21
2.3 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR ARBEITSBELASTUNG IN PFLEGEBERUFEN	22
2.3.1 Krankenpflege.....	22
2.3.2 Altenpflege	24
2.3.3 Ambulante Pflege.....	25
2.4 FAZIT ZUR ARBEITSBELASTUNG IN PFLEGEBERUFEN	26
3. PSYCHISCHE BEANSPRUCHUNG, STRESS UND BURNOUT ALS FOLGEN DER BELASTUNG DURCH PFLEGERISCHE TÄTIGKEITEN.....	29
3.1 DIE BEGRIFFE „PSYCHISCHE BEANSPRUCHUNG“ UND „STRESS“	29
3.2 RESSOURCENTHEORETISCHE STRESSMODELLE	31
3.2.1 Vorbemerkung.....	31
3.2.2 Salutogenese-Modell von Antonovsky (1979, 1987, 1997).....	32
3.2.3 Theorie der Ressourcenbewahrung von Hobfoll (1989).....	33
3.2.4 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (1995, 2004, 2006).....	35
3.3 EMPIRISCHE BEFUNDE ZU GESUNDHEIT UND STRESS IN PFLEGEBERUFEN.....	36
3.3.1 Positive Auswirkungen der Arbeitsbeanspruchung.....	37
3.3.2 Negative Auswirkungen der Arbeitsbeanspruchung.....	39
3.3.3 Empirische Studien zu den Folgen von Stress in der Pflege	41
3.3.3.1 Krankenpflege.....	41
3.3.3.2 Altenpflege.....	42

3.3.3.3 Ambulante Pflege	44
3.4 BURNOUT IN DER PFLEGE ALTER UND KRANKER MENSCHEN.....	45
3.4.1 Begriff des Burnout-Syndroms	45
3.4.2 Kritische Betrachtung der Validität des Konstrukts „Burnout“	47
3.4.3 Empirische Befundlage zu Burnout	47
3.5 FAZIT ZUM GESUNDHEITZUSTAND IN PFLEGEBERUFEN	49
4. RESSOURCENORIENTIERTE PRÄVENTION VON STRESS UND BURNOUT....	50
4.1 DIE WIRKUNG VON RESSOURCEN IM STRESSPROZESS	50
4.2 KLASSIFIKATION VON RESSOURCEN	52
4.3 SPEZIFISCHE RESSOURCEN GEGEN STRESS UND BURNOUT.....	52
4.3.1 Soziale Unterstützung.....	53
4.3.2 Selbstwirksamkeit.....	55
4.3.3 Proaktive Einstellung.....	56
4.3.4 Berufliche und soziale Kompetenzen	57
4.3.5 Autonomie.....	58
4.3.6 Kohärenzgefühl.....	60
4.3.7 Optimismus.....	61
4.4 RESSOURCENORIENTIERTE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	61
4.4.1 Begriffserläuterungen.....	62
4.4.2 Klassifikation von Präventionsmaßnahmen.....	62
4.4.3 Maßnahmen zur Stärkung interner Ressourcen	65
4.4.3.1 Übersicht.....	65
4.4.3.2 Allgemeine Stresspräventions-Trainings.....	66
4.4.3.3 Programme zur Stärkung einzelner Ressourcen.....	68
4.4.3.4 Personenbezogene Maßnahmen zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen	69
4.4.4 Der Zusammenhang von Bedürfnissen und internen Ressourcen	72

4.5 FAZIT ZUR RESSOURCENORIENTIERTEN PRÄVENTION VON STRESS UND BURNOUT	73
5. SYSTEMISCH-LÖSUNGSORIENTIERTE BERATUNG ZUR STRESS- UND BURNOUT-PRÄVENTION	75
5.1 DEFINITION UND KURZE GESCHICHTE DER SYSTEMISCHEN BERATUNG	75
5.2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER SYSTEMISCH-LÖSUNGSORIENTIERTEN BERATUNG	77
5.3 PRINZIPIEN EINER SYSTEMISCH-LÖSUNGSORIENTIERTEN VORGEHENSWEISE	78
5.4 SYSTEMISCH-LÖSUNGSORIENTIERTE INTERVENTIONEN	81
5.5 EIGNUNG DER SYSTEMISCH-LÖSUNGSORIENTIERTEN BERATUNG ZUR PRÄVENTION VON STRESS UND BURNOUT	87
6. ARBEITSMODELL ZUR RESSOURCENORIENTIERTEN PRÄVENTION UND ABLEITUNG VON HYPOTHESEN	91
6.1 ARBEITSMODELL	91
6.2 ABLEITUNG DER HYPOTHESEN	94
TEIL III: EMPIRIE	100
7. BESCHREIBUNG DES KURSES „EINFÜHRUNG IN DIE SYSTEMISCH-LÖSUNGSORIENTIERTE BERATUNG“	101
7.1 ZIELGRUPPE	101
7.2 INHALT UND ABLAUF DES KURSES	102
7.3 DIE INNERE STRUKTUR DER TRAININGSBLÖCKE	105
7.4 LERNZIELE DES KURSES	107
8. METHODISCHES VORGEHEN	110
8.1 FORSCHUNGSMETHODE UND DATENERHEBUNG	110
8.1.1 Grundsätzliche Fragen zur Forschungsmethode	110
8.1.2 Das Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick (1983, 1998)	111
8.2 EVALUATIONSDESIGN	112
8.3 FORSCHUNGSTRUMENTE	115

8.3.1 Zufriedenheitsebene: der Zufriedenheitsfragebogen.....	115
8.3.2 Instrumente auf der Ressourcenebene.....	116
8.3.2.1 Wissenstest.....	116
8.3.2.2 Rollenspiele.....	119
8.3.2.3 Ratingbogen für das Rating der Videosequenzen.....	120
8.3.2.4 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung.....	124
8.3.2.5 Skala „allgemeine Selbstwirksamkeit“ (z.B. Schwarzer et al., 1999).....	125
8.3.2.6 Skala „proaktive Einstellung“ (Schmitz, 1999).....	126
8.3.2.7 Fragebogen zur Bedrohungseinschätzung (Schwarzer & Jerusalem, 1999).....	126
8.3.2.8 Inventar Interpersoneller Probleme - Kurzfassung (IIP-C).....	127
8.3.3 Instrumente auf der Transferebene.....	128
8.3.3.1 Fragebogen zum Trainingstransfer.....	128
8.3.3.2 Katamnese-Fragebogen.....	130
8.4 AUSWAHL UND BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	130
8.5 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG.....	131
8.6 AUSWERTUNG DER DATEN.....	133
8.7 EINGESETZTE STATISTISCHE VERFAHREN UND SOFTWARE.....	134
8.8 PRÜFUNG DER TESTSTATISTISCHEN VORAUSSETZUNGEN.....	135
8.8.1 Daten der Zufriedenheitsmessung.....	135
8.8.2 Wissenstest-Daten.....	135
8.8.3 Objektive Rating-Daten.....	136
8.8.4 Subjektive Zufriedenheits-Daten.....	137
8.8.5 Daten der standardisierten Fragebogen.....	137
8.8.6 Daten des Transfer- und Katamnese-Fragebogens.....	137
9. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	138
9.1 ZUFRIEDENHEITSEBENE.....	138
9.2 RESSOURCENEBENE.....	140

9.2.1 <i>Verhaltensebene (Beratungskompetenz und soziale Beziehungen)</i>	140
9.2.1.1 Bestimmung der Interrater-Reliabilität.....	140
9.2.1.2 Lösungsorientiertes Beratungsgespräch nach Steve de Shazer	141
9.2.1.3 Globale Lösungsorientierung	147
9.2.1.4 Kooperative Beziehungsgestaltung.....	151
9.2.1.5 Subjektive Beurteilung durch die Rollenspielpartner.....	153
9.2.1.6 Interpersonelle Probleme	157
9.2.2 <i>Kognitive Ressourcen</i>	160
9.2.2.1 Deklaratives und prozedurales Wissen.....	160
9.2.2.2 Allgemeine Selbstwirksamkeit	163
9.2.3.2 Bedrohungseinschätzungen	167
9.2.3.3 Proaktive Einstellung.....	170
9.3. TRANSFEREBENE	171
9.3.1 <i>Allgemeiner Transfer</i>	171
9.3.2 <i>Verbesserung der Kommunikation</i>	173
9.3.3 <i>Lösungsorientiertes Selbstmanagement</i>	174
9.3.4 <i>Subjektiv eingeschätzter gesundheitlicher Nutzen</i>	175
9.3.5 <i>Stabilität des Trainingseffekts</i>	176
9.3.5.1 Allgemeine Selbstwirksamkeit	176
9.3.5.2 Bedrohungseinschätzung.....	177
9.3.5.3 Proaktive Einstellung.....	178
9.3.5.4 Interpersonelle Probleme	179
TEIL IV: ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	181
10. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE	182
10.1 INHALTLICHE VALIDIERUNG DES KURSMANUALS	182
10.1.1 <i>Zufriedenheitsebene</i>	182

10.1.2 Ressourcenebene	183
10.1.3 Transferebene	188
10.2 MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DES EVALUATIONSDESIGNS	190
10.3 FAZIT	193
10.4 AUSBLICK	195
TEIL V: LITERATURVERZEICHNIS.....	197
TEIL VI: ANHÄNGE	209

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1: Kognitive Landkarte zum Aufbau der Arbeit</i>	<i>11</i>
<i>Abb. 2: Psychische Belastungen in Pflegeberufen (nach Büssing et al., 2002, S. 34).....</i>	<i>28</i>
<i>Abb. 3: Gewinn- und Verlustspirale im Modell der Ressourcenerhaltung.....</i>	<i>34</i>
<i>Abb. 4: Schematische Darstellung eines Anforderungs-Ressourcen-Modells</i>	<i>35</i>
<i>Abb. 5: Anforderungen, Belastung und Beanspruchung nach Hacker (1999).....</i>	<i>39</i>
<i>Abb. 6: Gesundheitsdaten von Altenpflegekräften ((Berger & Nolting, 2003).....</i>	<i>42</i>
<i>Abb. 7: Gesundheitsdaten von Altenpflegekräften (Berger & Nolting, 2003)</i>	<i>43</i>
<i>Abb. 8: Die Entstehung von Burnout (eigene Darstellung nach Schaufeli, 1992).....</i>	<i>46</i>
<i>Abb. 9: Moderator- und Mediatormodell im Vergleich.....</i>	<i>51</i>
<i>Abb. 10: Das Kontinuum Gesundheit-Krankheit</i>	<i>62</i>
<i>Abb. 11: Unterteilung gesundheitsbezogener Maßnahmen.....</i>	<i>64</i>
<i>Abb. 12: Phasenmodell eines systemisch-lösungsorientierten Beratungsgesprächs</i>	<i>82</i>
<i>Abb. 13: Modell der hypothetischen Effekte des Kurses</i>	<i>92</i>
<i>Abb. 14: Überblick über das Evaluationsdesign.....</i>	<i>114</i>
<i>Abb. 15: Zeitlicher Ablauf der Studie</i>	<i>132</i>
<i>Abb. 16: Die Dimensionen der Teilnehmer-Zufriedenheit.....</i>	<i>139</i>
<i>Abb. 17: Boxplots für Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Prä-Post-Vergleich</i>	<i>142</i>
<i>Abb. 18: Boxplots der Werte für Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Kontrollgruppen-Vergleich</i>	<i>144</i>

<i>Abb. 19: Boxplot der Werte für die Fokussierung auf Unterschiede und Ausnahmen im Prä-Posttest-Vergleich</i>	<i>145</i>
<i>Abb. 20: Boxplot der Werte für die Umsetzung der hypothetischen Lösung im Prä-Posttest-Vergleich.....</i>	<i>146</i>
<i>Abb. 21: Boxplot der Summenscores der Ratingbogen im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>148</i>
<i>Abb. 22: Boxplot der Summenscores der Ratingbogen im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>149</i>
<i>Abb. 23: Boxplot der Werte der Variablen „Lösungsorientierung“ im Prä-Post-Vergleich</i>	<i>150</i>
<i>Abb. 24: Boxplot der Werte der Variablen „kooperative Beziehungsgestaltung“ im Prä-Post-Vergleich....</i>	<i>152</i>
<i>Abb. 25: Boxplot der Werte der Variablen „kooperative Beziehungsgestaltung“ im Prä-Post-Vergleich....</i>	<i>153</i>
<i>Abb. 27: Boxplot der Prä-Post-Vergleich der wahrgenommenen Lösungsorientierung</i>	<i>156</i>
<i>Abb. 29: Boxplot des Kontrollgruppen-Vergleichs der IIP-C Gesamtwerte.....</i>	<i>159</i>
<i>Abb. 30: Boxplot der Gegenüberstellung der Prä- und Posttest-Werte des Wissenstests.....</i>	<i>161</i>
<i>Abb. 31: Boxplot des Kontrollgruppen-Vergleichs für den Wissenstest</i>	<i>163</i>
<i>Abb. 32: Boxplot der Prä- und Postwerte der Selbstwirksamkeitserwartung</i>	<i>164</i>
<i>Abb. 33: Boxplot der Allgemeinen Selbstwirksamkeit im Prä-Post-Vergleich</i>	<i>165</i>
<i>Abb. 34: Boxplot der Bedrohungseinschätzung im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>167</i>
<i>Abb. 35: Boxplot der Bedrohungseinschätzung im Kontrollgruppen-Vergleich</i>	<i>169</i>
<i>Abb. 36: Boxplot der proaktiven Einstellung im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>170</i>
<i>Abb. 37: Boxplot des allgemeinen Transfers.....</i>	<i>172</i>
<i>Abb. 38: Boxplot der Verbesserung der Kommunikation</i>	<i>173</i>
<i>Abb. 39: Boxplot des lösungsorientierten Selbstmanagements.....</i>	<i>174</i>
<i>Abb. 40: Boxplot des subjektiv eingeschätzten gesundheitlichen Nutzens.....</i>	<i>175</i>
<i>Abb. 41: Grafische Darstellung der Effekstabilität auf die allgemeinen Selbstwirksamkeit</i>	<i>177</i>
<i>Abb. 42: Grafische Darstellung der Stabilität der Effekte für die Bedrohungseinschätzung.....</i>	<i>178</i>
<i>Abb. 43: Grafische Darstellung der Stabilität der Effekte für die proaktive Einstellung</i>	<i>179</i>
<i>Abb. 44: Grafische Darstellung der Stabilität der Effekte für die Gesamtwerte des IIP-C</i>	<i>180</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1: Kurz-, mittel- und langfristige Stressreaktionen (nach Udris und Frese, 1999).....</i>	<i>44</i>
<i>Tab. 2: RLI-Items, Phasen im Beratungsgespräch und Items des modifizierten Ratingbogens.....</i>	<i>129</i>
<i>Tab. 3: Studienrelevante Merkmale der Stichprobe.....</i>	<i>138</i>
<i>Tab. 4: Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Kurs.....</i>	<i>146</i>
<i>Tab. 5: Interrater-Reliabilität der beiden Raterpaare.....</i>	<i>148</i>
<i>Tab. 6: Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>149</i>
<i>Tab. 7: Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Kontrollgruppenvergleich.....</i>	<i>150</i>
<i>Tab. 8: Fokussierung auf Unterschiede und Ausnahmen im Prä-Posttest-Vergleich.....</i>	<i>152</i>
<i>Tab. 9: Umsetzung der hypothetischen Lösung im Prä-Posttest-Vergleich.....</i>	<i>153</i>
<i>Tab. 10: Summenscores der Ratingbogen als Indikatoren für Lösungsorientierung im Prä-Post-Vergleich ..</i>	<i>155</i>
<i>Tab. 11: Summenscores der Ratingbogen im Kontrollgruppenvergleich.....</i>	<i>156</i>
<i>Tab. 12: Die Variable „Lösungsorientierung“ im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>157</i>
<i>Tab. 13: Die Variable „kooperative Beziehungsgestaltung“ im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>159</i>
<i>Tab. 14: Die Zufriedenheit der „Klienten“ mit der Beratung.....</i>	<i>160</i>
<i>Tab. 15: Kontrollgruppenvergleich der Zufriedenheitswerte.....</i>	<i>161</i>
<i>Tab. 16: Prä-Post-Vergleich der wahrgenommenen Lösungsorientierung.....</i>	<i>163</i>
<i>Tab. 17: Prä-Post-Vergleich der der IIP-C Gesamtwerte.....</i>	<i>164</i>
<i>Tab. 18: Kontrollgruppen-Vergleich der der IIP-C Gesamtwerte.....</i>	<i>166</i>

<i>Tab. 19: Gegenüberstellung der Prä- und Posttest-Werte des Wissenstests</i>	<i>168</i>
<i>Tab. 20: Kontrollgruppen-Vergleich für den Wissenstest</i>	<i>169</i>
<i>Tab. 21: Prä- und Postwerte der Selbstwirksamkeitserwartung.....</i>	<i>171</i>
<i>Tab. 22: Allgemeine Selbstwirksamkeit im Kontrollgruppen-Vergleich</i>	<i>172</i>
<i>Tab. 23: Bedrohungseinschätzung im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>174</i>
<i>Tab. 24: Bedrohungseinschätzung im Kontrollgruppen-Vergleich.....</i>	<i>175</i>
<i>Tab. 25: Die proaktive Einstellung im Prä-Post-Vergleich.....</i>	<i>177</i>
<i>Tab. 26: Der allgemeine Transfer.....</i>	<i>179</i>
<i>Tab. 27: Die Verbesserung der Kommunikation</i>	<i>180</i>
<i>Tab. 28: Das lösungsorientierte Selbstmanagement</i>	<i>181</i>
<i>Tab. 29: Der subjektiv eingeschätzte gesundheitliche Nutzen des Kurses.....</i>	<i>182</i>
<i>Tab. 30: Stabilität der Effekte für die allgemeine Selbstwirksamkeit</i>	<i>183</i>
<i>Tab. 31: Stabilität der Effekte für die Bedrohungseinschätzung.....</i>	<i>184</i>
<i>Tab. 32: Stabilität der Effekte für die proaktive Einstellung.....</i>	<i>185</i>
<i>Tab. 33: Stabilität der Effekte für die Gesamtwerte des IIP-C.....</i>	<i>187</i>

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
al.	altera
ALF	Allgemeine Lebenskompetenzen und -fertigkeiten
AM	arithmetische Mittel
AOK	Allgemeinen Ortskrankenkasse
AZK	Arbeitszufriedenheitskurzfragebogens
BASA	Bewertung von Arbeitsbedingungen - Screening für Arbeitsplatzinhaber
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BESS	Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule
BGW	Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d	Effektstärkemaß (für Mittelwertsdifferenz unabhängiger Stichproben)
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
EFHLU	Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen
EN	Europäische Norm
EPL	Ein Partnerschaftliches Lernprogramm
etc.	et cetera

f	Effektstärkemaß (für Mittelwertsdifferenz abhängiger Stichproben)
FSPT	Freiburger Stresspräventionstraining für Paare
GSK	Gruppentraining sozialer Kompetenzen
H	Hypothese
ICF	International Classification of Functioning
IIP	Inventar Interpersoneller Probleme
ISO	International Standard Organisation
ISTA	Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse
Kap.	Kapitel
K-S-Test	Kolmogorov-Smirnov-Test
MBI	Maslach-Burnout-Inventory
MBI-G	Maslach-Burnout-Inventory General
MZP	Messzeitpunkt
N	Anzahl
OTI	Organisationsstruktur-Tätigkeit-Individuum
p	Wahrscheinlichkeit
PMR	Progressive Muskelrelaxation
r	Produkt Moment Korrelationskoeffizient nach Pearson
RLI	Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen
R _u	Intraclass-Korrelationskoeffizient
S.	Seite
SIGMA	Screening-Instrument zur Bewertung und Gestaltung von menschengerechten Arbeitstätigkeiten
SIT	Stressimpfungstraining
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TAA-KH	Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus
TAA-KH-S	Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion
Tab.	Tabelle
TK	Techniker Krankenkasse
t-test	auf t-Verteilung basierender Signifikanztest
usw.	und so weiter
VERA	Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZUF	Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung

TEIL I: EINFÜHRUNG

1. Einleitung

Die *Problemstellung* der vorliegenden Arbeit ergibt sich aus der Diskrepanz hoher Arbeitsanforderungen und geringer Ressourcenpotenziale in Pflegeberufen. Ausgehend von diesem Missverhältnis leitet sich die *Zielsetzung* ab, spezifische Ressourcen zu entwickeln und zu fördern, die geeignet sind, einer ungünstigen Beanspruchungssituation entgegen zu wirken. Zum Schluss der Einleitung wird der *Aufbau der Arbeit* dargestellt.

1.1 Problemstellung

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass Angehörige der so genannten „helfenden Berufe“ ein erhöhtes Risiko tragen, physisch und psychisch zu erkranken (Büssing, Eisenhofer, Glaser, Natour & Theis, 1995). Emotional-interaktional sehr anspruchsvolle Tätigkeiten und ungünstige Rahmenbedingungen wirken als Stressoren und können sich in erhöhten Erkrankungsraten, Arbeitsunfähigkeit und Mitarbeiter-Fluktuation niederschlagen. Insbesondere die Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege sind besonderen Krankheitsrisiken ausgesetzt. Sie leiden deutlich mehr als andere Berufsgruppen unter Befindlichkeitsstörungen wie Kopf- und Muskelschmerzen, Nervosität oder Magen- und Darmbeschwerden (Grabbe, Nolting & Loos, 2005). Die Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen ist gegenüber durchschnittlichen Arbeitnehmern stark erhöht. Berger und Nolting (2003) fanden bei Altenpflegekräften eine um 44 % erhöhte Inzidenzrate von psychosomatischen Beschwerden im Vergleich zum Durchschnitt der Arbeitnehmer.

Der oft als „Pflegetotstand“ bezeichnete Mangel an (qualifizierten) Arbeitskräften und knappe finanzielle Mittel machen es unwahrscheinlich, dass sich die stressverursachenden Arbeitsbe-

dingungen in Pflegeberufen in absehbarer Zeit zum positiven verändern werden. Im Bereich der Kranken- und Altenpflege hat es in den letzten Jahren zwar eine Vielzahl von Organisationsentwicklungs-Maßnahmen gegeben (z.B. Büssing & Glaser, 1999a), es scheint aber, dass die Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter nicht notwendigerweise durch solche Umstrukturierungen abnimmt und der Erfolg organisationsbezogener Maßnahmen von der Bereitschaft und den persönlichen bzw. internen Ressourcen der Mitarbeiter abhängt (Semmer & Mohr, 2001).

Die kritischen Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen wurden bisher zumeist als Risikofaktoren erforscht. Doch Risikofaktoren alleine können nicht erklären, warum sich viele Pflegendе trotz der großen Belastungen am Arbeitsplatz einer guten Gesundheit erfreuen. Neben die Identifikation und Bekämpfung von Risikofaktoren rückt daher zunehmend die Erforschung von *Ressourcen* in den Mittelpunkt des Interesses (z.B. Becker, 2006; Buchwald, Schwarzer & Hobfoll, 2004). Betrachtet man Krankheit und Gesundheit als Kontinuum, so können sowohl gesunde als auch an einer bestimmten Krankheit leidende Personen über Gesundheitsressourcen verfügen (Antonovsky, 1987). Im Rahmen dieser Arbeit werden Ressourcen in Anlehnung an das Anforderungs-Ressourcen-Konzept von Becker (z.B. Becker, Schulz & Schlotz, 2004a) unter dem Aspekt ihrer Funktion als Moderatoren im Stressprozess betrachtet: Individuen oder Gruppen müssen über ausreichende Ressourcen verfügen, um eine gegebene Anforderung zu bewältigen. Die Bewältigung wiederum geht mit gesundheitsförderlichen Wirkungen einher (Becker, 2006). Nach Hobfoll (1989) kann eine Person Ressourcenverluste besser verkraften bzw. diesen besser vorbeugen, wenn schon vorher ein genügend großer Ressourcenpool vorhanden war. Außerdem wirken sich Fehlinvestitionen (z.B. erfolglose Veränderungsgespräche mit Patienten) dann nicht so negativ auf den Ressourcenpool aus. Aus dieser Perspektive betrachtet genügt es nicht, an den Risikofaktoren anzusetzen oder Coping-Strategien zu vermitteln, sondern ist es dringend erforderlich, explizit die Ressourcen von Pflegenden zu stärken.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Die *Zielsetzung* der vorliegenden Arbeit ist die *Konzeption* und *Evaluation* eines ressourcenorientierten Trainingsprogramms, basierend auf der Stärkung spezifischer interner Ressourcen gegen Stress und Burnout. Damit soll ein Beitrag zur Qualifizierung und Ressourcenstärkung von Krankenpflegern, Stationsleitungen, Pflegepädagogen und Pflegemanagern sowie Studierende dieser Fachrichtungen geleistet werden.

Als *erstes Teilziel* ergibt sich die Auswahl einer geeigneten Maßnahme zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen. Es soll in dieser Arbeit die Frage beantwortet werden, welche Möglichkeiten zur Förderung spezifischer Ressourcen existieren und bei welchen Ansätzen es bereits gute Effektivitätsbelege in Bezug auf die Reduktion von Stress und Burnout gibt. Mit Ausnahme der sozialen Unterstützung als externe Ressource soll insbesondere die Rolle der internen, also in der Person liegende, Ressourcen diskutiert werden. Welche *Handlungs- und kognitiven Kompetenzen* lassen sich identifizieren und fördern, mit deren Hilfe die Teilnehmer der Maßnahme ihre alltäglichen beruflichen Anforderungen besser bewältigen können? Welche Chancen hat eine konsequent auf Ressourcen ausgerichtete Präventionsmaßnahme? Das Ziel ist hier die konstruktive und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit Forschungsergebnissen zu internen Ressourcen (z.B. Selbstwirksamkeit und proaktive Einstellung) und deren Bedeutung als protektive Faktoren gegen Stress und Burnout. Insbesondere wird die Rolle der lösungsorientierten Beratung von Steve de Shazer (z.B. 2004) als geeignete Grundlage für die Intervention diskutiert. Es ist zu klären, welche konkreten Kursinhalte und Lernziele vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit lösungsorientierten Ansätzen und Methoden auszuwählen sind.

Das *zweite Teilziel* ist die *inhaltliche Validierung* des Kursmanuals „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“, das auf die Bedürfnisse von Beschäftigten in Pflegeberufen zugeschnitten ist. Damit ist die Evaluation im Sinne einer Effektivitätsüberprüfung der angewandten Inhalte und Methoden in Bezug auf ihre *ressourcenstärkende Wirkung* gemeint. Die leitende Fragestellung ist, ob der Kurs als Präventionsmaßnahme geeignet ist, die in Kap. 4 dargestellten spezifischen Ressourcen gegen Stress und Burnout zu entwickeln bzw. zu stärken. Die Zielsetzung ist die Überprüfung der Effekte der Maßnahme auf die verhaltensbezogene Ressource „Beratungskompetenz“ und auf kognitive Ressourcen. Die Frage nach der Effektivität der Maßnahme soll entsprechend der ersten drei Ebenen des Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick (1998) beantwortet werden. Im Einzelnen wird auf der *Reaktionsebene* die Zufriedenheit der Teilnehmer ermittelt, auf der *Lernerfolgsebene* werden Veränderungen in den Ressourcenvariablen gemessen, weshalb diese Ebene in vorliegender Arbeit auch als *Ressourcenebene* bezeichnet wird. Der Transfer der Lernresultate soll anhand der Daten einer Nachbefragung der Teilnehmer, sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme, überprüft werden. Ob nun tatsächlich weniger Stress- und Burnoutsymptome bei den Teilnehmern der Maßnahme auftreten, ist nicht Bestandteil der Evaluation und würde sich für weitergehende Untersuchungen anbieten.

Als *drittes* und letztes *Teilziel* sollen auf der Grundlage der Ergebnisse der Evaluation Vorschläge für die Gestaltung zukünftiger Präventionsmaßnahmen gegen Stress und Burnout gemacht werden. Hierzu sollen das Forschungsdesign, die Methoden und die Ergebnisse der Evaluation im Rückgriff auf die Zielsetzung der Arbeit und die theoretischen Modelle kritisch diskutiert werden.

Da die internen Ressourcen durch Maßnahmen, welche direkt an der Person ansetzen, am direktesten angesprochen werden, geht damit implizit eine Bevorzugung von personenbezogenen gegenüber organisationsbezogenen Präventionsmaßnahmen einher. Es soll jedoch betont werden, dass durch organisationale Maßnahmen, wie z.B. eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeiten, den stressverursachenden Arbeitsbedingungen am direktesten zu begegnen ist (1997). Personale Maßnahmen sind in ihrer Wirksamkeit sehr begrenzt, wenn die Arbeitsanforderungen zu hoch, gesundheitsschädlich und der Persönlichkeitsentwicklung abträglich sind. Jedoch schaffen personale Maßnahmen wie Trainings, Gesundheitszirkel etc. oft erst die internen Voraussetzungen zur Nutzung höherer externer Freiheitsgrade (Semmer & Mohr, 2001). Externe Ressourcen (z.B. Technik, finanzielle Mittel) werden nur dann sinnvoll eingesetzt, wenn auf Mitarbeiterseite die notwendigen internen Ressourcen (z.B. Wissen, Motivation, soziale Kompetenzen) zur Verfügung stehen. Von daher sollten organisationale und personale Maßnahmen möglichst Hand in Hand gehen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit unterteilt sich in zehn Kapitel. Während in *Kapitel 1* eine Einführung ins Thema gegeben wird, beschäftigt sich *Kapitel 2* mit der Arbeitsbelastung. Hier wird vor allem die psychische Arbeitsbelastung in Pflegeberufen beschrieben und einer arbeitspsychologischen Analyse unterzogen. Dabei werden das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept von Rohmert (1984) sowie vier arbeitspsychologische Modelle beschrieben. Diese wurden unter dem Aspekt der möglichst exakten Beschreibung zweier Situationsparameter von Pflegeberufen ausgewählt: *Erstens* den spezifischen Arbeitstätigkeiten und *zweitens* den Rahmenbedingungen. Belastungen bzw. Stressoren werden je nach zugrunde liegender Theorie unterschiedlich konzipiert, so z.B. als Regulationsbehinderungen, soziale und organisationale Stressoren (Büssing, 1999) oder als Regulationshindernisse und Regulationsüberforderungen (Oesterreich & Volpert, 1999). Die Arbeitsbelastung wird dabei unabhängig von Merkmalen einer Person konzipiert, das heißt, personenspezifische Ressourcen und Copingverhalten bleiben noch unberücksichtigt. Dies geschieht in der Absicht, von der Person zu abstrahieren und zunächst nur die Situationsspezifität

ka zu betrachten. Zur Belastungsdimension wird in den meisten Ansätzen eine Anforderungsdimension hinzugenommen, um auch die positiven Aspekte der Arbeitstätigkeit abbilden zu können (z.B. Karasek & Theorell, 1990; Leitner, 1993).

Die subjektive Beanspruchung ist Gegenstand von *Kapitel 3*. Bei der Auseinandersetzung mit der Arbeitsumwelt resultiert die Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Es werden kurz- mittel- und langfristige Stressreaktionen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der in der Pflege Beschäftigten diskutiert. Anhand von Daten aus Berichten der Krankenkassen und empirischer Studien wird ein aktueller Überblick zum Gesundheitszustand von Pflegekräften gegeben. Als langfristige gesundheitliche Beeinträchtigung mit besonderer Bedeutung für Pflegetätigkeiten wird das Burnout-Syndrom dargestellt und seine Validität kritisch betrachtet. Für das Burnout-Syndrom wird ein gesonderter empirischer Überblick gegeben. Es zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Wirkungen der Arbeitsbelastung von Individuum zu Individuum sehr unterschiedlich sind und daher eine Untersuchung der zur Verfügung stehenden Ressourcen erfolgen muss. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich daher auf ressourcenorientierte Stressmodelle, welche die Wechselwirkung von Stressoren und Ressourcen erklären können.

In *Kapitel 4* werden aufgrund empirisch abgesicherter Theorien (Hobfoll, 1989; Becker, 1998, 2006) Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Prävention und konkrete Anforderungen an eine ressourcenorientierte Präventionsmaßnahme erörtert. Dabei fällt auf, dass eine eindeutige Unterscheidung zwischen ressourcenorientierter und an Stressreaktionen und Stressoren orientierter Prävention schwer zu erreichen ist. Dies liegt zum einen an den theoretisch unklaren Konzeptionen, welche unterschiedliche *direkte* und *indirekte* Wirkung von Ressourcen auf Beanspruchungsindikatoren postulieren. Zum anderen liegt es an der Unmöglichkeit, in der Präventionspraxis beides strikt voneinander zu trennen. Es werden geeignete Ressourcen zur Prävention von Stress und Burnout sowie die Möglichkeiten der gezielten Förderung dieser Ressourcen diskutiert. Als externe Ressource wird die soziale Unterstützung betrachtet, als interne Ressourcen die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, die proaktive Einstellung, das Kohärenzgefühl, der Optimismus, die sozialen und beruflichen Kompetenzen und die Autonomie einer Person.

Kapitel 5 hat die systemisch-lösungsorientierte Beratung zum Gegenstand. Sie soll als geeignete Methode zur Stärkung von Ressourcen vorgestellt werden. Dabei sollen möglichst objektive Eignungskriterien entwickelt werden. Es wird anschließend überprüft, inwieweit die systemisch-lösungsorientierte Beratung diese Kriterien erfüllt. Als erstes Kriterium wird das Vor-

handensein empirischer Wirksamkeitsbelege angeführt. Daneben sollte eine Maßnahme auf die Anforderungen der Teilnehmer zugeschnitten sein. Somit sollen nur solche Ressourcen gefördert werden, die tatsächlich zur Stressreduktion im entsprechenden Tätigkeitsfeld beitragen. Ein weiteres Kriterium ist die Ressourcenorientierung der Maßnahme. Es werden Forschungsergebnisse dargestellt, die belegen, dass eine Maßnahme außerdem möglichst viele lösungsorientierte Elemente beinhalten sollte. Aus neueren Untersuchungen ergibt sich, dass die Teilnehmer einer Präventionsmaßnahme gegen Stress und Burnout bei der Befriedigung ihrer psychologischen Grundbedürfnisse unterstützt werden sollen (Becker, 2006). Außerdem sollte eine Maßnahme kontextspezifisch, also auf die Bedürfnisse der Teilnehmer zugeschnitten sein und individuelle Bewältigungs-Strategien vermitteln. Schließlich sollte eine aktive Haltung der Teilnehmer gefördert und eine Rückfallprophylaxe im Programm einbezogen werden.

In *Kapitel 6* werden die theoretischen Aussagen der vorherigen Kapitel in einem hypothetischen Modell zu den Wirkungen der systemisch-lösungsorientierten Beratung in Bezug auf die Ressourcenstärkung zusammengefasst. Die in der empirischen Studie erhobenen Ressourcen-Variablen werden in diesem Modell mit den postulierten Effekten auf Gesundheits-, Stress und Burnoutvariablen in Beziehung gesetzt. Das Modell bildet die Aktivierung und Stärkung von Ressourcen sowohl auf der Berater- bzw. Helferseite als auch auf der Klientenseite ab. Hier lassen sich spezifische Hypothesen ableiten. Diese werden gemäß der ersten drei Ebenen des Evaluationsmodells von Kirkpatrick (1983, 1998) strukturiert und beinhalten die Zufriedenheit der Kursteilnehmer, die Ressourcenebene und die Transferebene. Auf der Ressourcenebene werden positive Veränderung der Beratungskompetenz und der kognitiven Ressourcen postuliert. Die Transferebene bezieht sich auf die Anwendung des lösungsorientierten Selbstmanagements im Alltag und auf die subjektiv wahrgenommene Reduktion von Stressvariablen. Die Stabilität der Trainingseffekte findet hier besondere Beachtung.

Kapitel 7 beschreibt die Konzeption und Lernziele eines Einführungskurses in die systemisch-lösungsorientierte Beratung, der im Rahmen dieser Arbeit evaluiert wurde. Es werden im Einzelnen die Zielgruppe, die Lernziele und die Inhalte, außerdem der Ablauf und angewandten Methoden des Kurses dargestellt. Die fünf Trainingsblöcke werden jeweils nur kurz umrissen, soweit dies für das Verständnis notwendig ist. Das komplette Kursmanual ist im Anhang H abgedruckt. Es werden die Vermittlung der theoretischen Grundlagen, die Übungen zur Selbsterfahrung und Selbstreflexion der Teilnehmer sowie das Beratungstraining, das heißt das Einüben von Beraterverhalten, beschrieben. Die Inhalte und Methoden fokussieren dabei auf die wissensbezogenen, handlungsbezogenen und einstellungsbezogenen Lernziele.

Das methodische Vorgehen der Evaluationsstudie, die Forschungsinstrumente und der Versuchsplan werden in *Kapitel 8* vorgestellt. Zur Orientierung erfolgt eine Einordnung in die Vielfalt der Forschungsmethoden. Hier wird das Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick (1983, 1996) dargestellt, das durch die Einteilung in verschiedene Evaluationsebenen eine Grobstruktur für die Evaluationsstudie vorgibt. Anschließend wird das Design der Studie beschrieben, wobei die quasiexperimentelle Bedingungen und das Warte-Kontrollgruppen-Design diskutiert werden. Besonderes Gewicht liegt auf der kritischen Diskussion der internen Validität des Designs. Danach werden die Forschungsinstrumente, im Wesentlichen die Fragebögen und das Beobachtungsinstrument, vorgestellt. Hier knüpfen die Beschreibung der Stichprobe und der praktischen Durchführung der Studie und die Dokumentation der statistischen Verfahren an. Zum Schluss des Kapitels werden die teststatistischen Voraussetzungen der Studiendaten zur Durchführung parametrischer Tests diskutiert.

Die Darstellung der Ergebnisse der Evaluation steht im Zentrum des empirischen Teils dieser Arbeit und erfolgt in *Kapitel 9*, wiederum in Anlehnung an die ersten drei Ebenen des Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick. Hier werden die in Kapitel 6 aufgestellten Hypothesen überprüft, die im Wesentlichen um folgende Fragen kreisen:

- 1) Waren die Teilnehmer mit dem Kurs zufrieden?
- 2) Fand durch den Kurs eine Verbesserung der Ressourcen auf der Verhaltensebene und der kognitiven Ebene statt?
- 3) Konnten die Teilnehmer das Gelernte im Alltag anwenden (Transfer)?
- 4) Waren die Effekte über einen Zeitraum von sechs Monaten stabil?

Es werden die teststatistischen Ergebnisse tabellarisch und grafisch wiedergegeben sowie Signifikanzen und Effektstärken referiert.

Die Arbeit schließt mit einer zusammenfassenden Diskussion und einem Ausblick in *Kapitel 10*. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen auf der Zufriedenheitsebene, der Ressourcenebene und der Transferebene zusammengefasst und diskutiert. Im Rückblick auf die theoretischen Annahmen der ressourcenorientierten Stressmodelle, die referierten empirischen Ergebnisse und die Forderungen an eine ressourcenorientierte Präventionsmaßnahme soll die Frage der inhaltlichen Validierung des Kursmanuals erneut aufgegriffen werden. Wurden letztlich die Ziele des Forschungsvorhabens erreicht? Hier werden auch die Möglichkeiten und Grenzen des Evaluationsdesigns der vorliegenden Studie zusammenfassend bewertet. Das Kapitel endet mit einem Ausblick. Es werden offen gebliebenen Fragen themati-

siert und Anregungen für weitere Forschungsprojekte im Themenfeld der ressourcenorientierten Prävention gegeben. Abb. 1 gibt den Aufbau der Arbeit und ihre logische Struktur wieder.

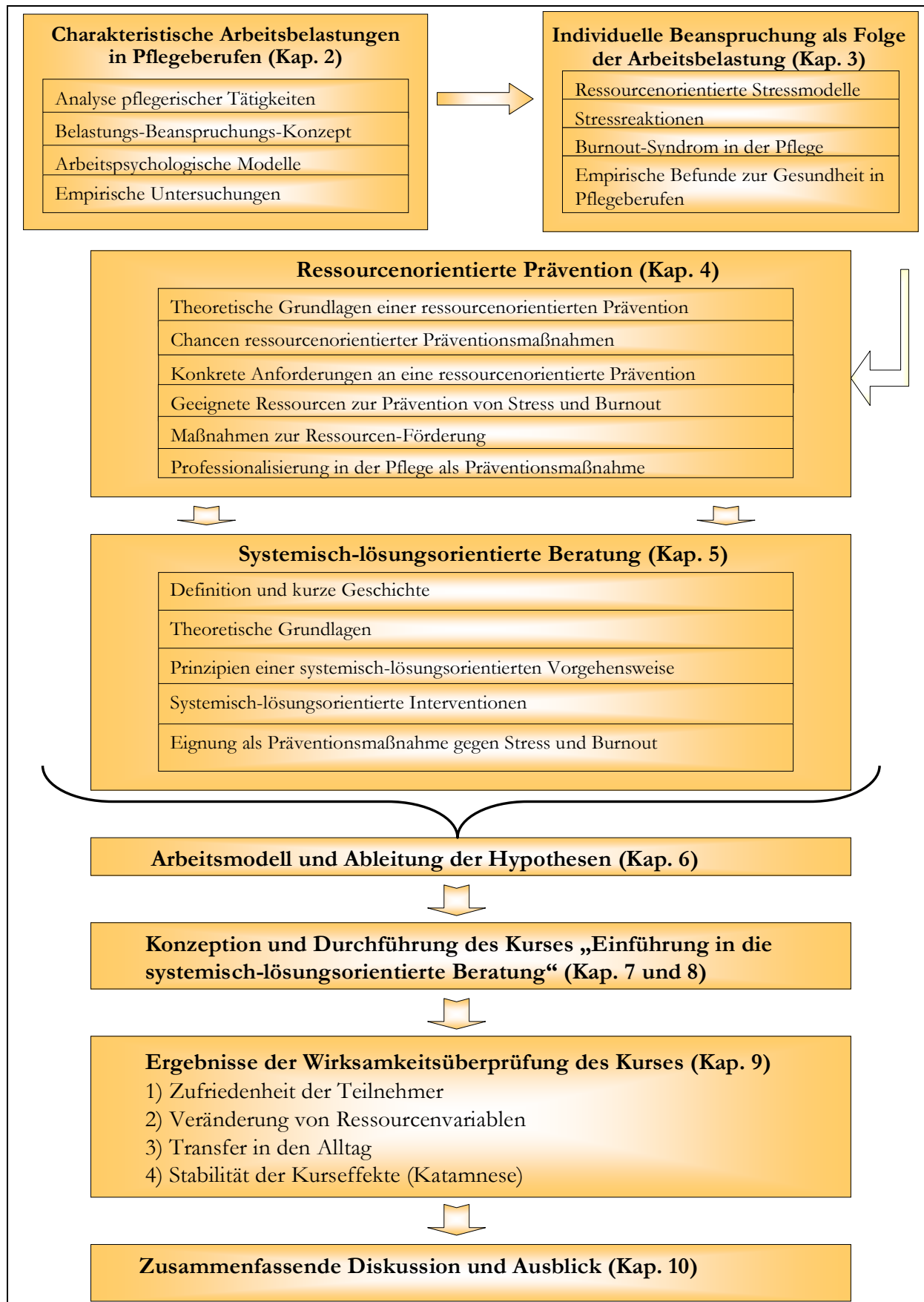


Abb. 1: Kognitive Landkarte zum Aufbau der Arbeit

TEIL II: THEORIE

2. Die Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Determinanten der Arbeitsbelastung

Im Folgenden werden grundlegende Begriffe erläutert, soweit sie für das Verständnis der in diesem Kapitel dargestellten Konzeptionen von Arbeitsbelastung notwendig sind.

2.1 Begriffserläuterungen

Arbeit wird in den Sozialwissenschaften definiert als „zweckgerichtete, planvolle und organisierte Tätigkeit, die an materiellen (z.B. Herstellung von Produktionsgütern) oder immateriellen Zielen (z.B. Erreichen eines wissenschaftlichen Fortschritts) orientiert ist und zur Deckung des eigenen Bedarfs oder zum eigenen Gewinn bzw. dem anderer dient“ (Fröhlich, 2003). *Arbeits-tätigkeiten* vollziehen sich in untergeordneten Verhaltenseinheiten, nämlich in *Handlungen* bzw. Handlungsketten (Volpert, 1985). Kennzeichnend für Handlungen ist, dass sie „zeitlich in sich geschlossen, auf ein Ziel gerichtet sowie zeitlich und inhaltlich gegliedert, nämlich die kleinste psychologisch relevante Einheit willentlich gesteuerter Tätigkeiten“ sind (Hacker, 1999, S. 386).

Physische und psychische Arbeitsbelastungen werden vor allem von der Arbeitsmedizin und von der Arbeitspsychologie erforscht. Die Arbeitsmedizin erforscht vorwiegend die physischen Auswirkungen von Arbeitstätigkeiten auf den arbeitenden Menschen, während sich die Arbeitspsychologie mit den für die vorliegende Arbeit vorrangigen psychischen Auswirkungen befasst (Zapf & Dormann, 2006). Rohmert und Rutenfranz definierten bereits 1975 in ihrem Belastungs-Beanspruchungskonzept (siehe Abschnitt 2.2.1) Belastungen als „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren“ (Rohmert & Rutenfranz, 1975, S. 8). Die europäische Norm ISO 10075 sowie die deutsche Fassung DIN EN ISO

10075 „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung“ definieren psychische Arbeitsbelastung als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (DIN, 2000).

Viele Instrumente zur empirischen Untersuchungen von Arbeitstätigkeiten in der Krankenpflege basieren auf der Handlungsregulationstheorie (z.B. Büssing, Glaser & Höge, 2002a), weshalb hier die wichtigsten Begriffe kurz erläutert werden. Die psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten läuft in einer zeitlichen Abfolge ab, also sequentiell. Die Sequenzen von der Planung bis zur Kontrolle sind (Volpert, 1982; Volpert, 1997):

1. selbständiges Setzen von Zielen
2. selbständige Planung der Handlung
3. Auswahl der Mittel einschließlich der erforderlichen Interaktionen
4. Ausführungsfunktionen mit Ablauffeedback
5. Kontrolle mit Resultatfeedback und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Handlungen auf Übereinstimmung mit den gesetzten Zielen zu überprüfen

Außerdem erfolgt die Regulation einer Handlung hierarchisch auf verschiedenen kognitiven Ebenen. Diese Ebenen der kognitiven Verarbeitung sind die *sensumotorische*, *wissensbasierte* und *intellektuelle* Ebene (Hacker, Volpert & von Cranach, 1982). Je anspruchsvoller eine Tätigkeit ist, desto mehr kognitive Ebenen werden durch sie beim ausführenden Individuum angesprochen. Das Konzept der *sequentiell-hierarchischen Vollständigkeit von Arbeitstätigkeiten* baut auf der Handlungsregulationstheorie auf. Hiernach sind Tätigkeiten als vollständig zu bezeichnen, wenn neben der sequentiellen Vollständigkeit auch alle hierarchischen Regulationsmechanismen gefordert werden (Hacker, 1998 S. 253).

Im Rahmen der Handlungsregulationstheorie im Speziellen sowie allgemein bei der Analyse von Arbeitstätigkeiten im Allgemeinen bewegt man sich *ausschließlich* auf der Aufgabenseite, man geht also implizit davon aus, dass durch eine bestimmte Tätigkeit bei *jedem* Menschen dieselben Regulationsmechanismen angesprochen werden. *Interindividuelle Unterschiede* z.B. bezüglich der Fähigkeiten, die durch die Arbeitsaufgabe angeregten Regulationsvorgänge auch leisten zu können, spielen zunächst keine Rolle.

In arbeitsteiligen Produktionsprozessen liegen Beschränkungen des Arbeitshandelns vor, z.B. werden Arbeitstätigkeiten ohne übergreifende Planungs- und Entscheidungsfunktionen ausgeführt. Auch die Zielbildungs- und Kontrollfunktion wird häufig von Experten wahrgenommen, was Volpert als „Partialisierung“ bezeichnet (Volpert, 1982; Volpert, 1987, S. 18f.). Auf

diesem Konzept aufbauend postulieren andere Autoren (Ulich, 2005) die Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit vollständiger Handlungen bzw. vollständiger Arbeitsaufgaben. Als Grundvoraussetzungen für die Gesundheitsförderlichkeit gelten hierbei die Kriterien der *Schädigungsfreiheit* sowie die *Freiheit von Belastungen*. Neben diesen *notwendigen* Voraussetzungen sind *hinreichende* Voraussetzungen an die Arbeitsaufgabe Anforderungsvielfalt, Möglichkeit zur Kooperation, Autonomie, Lern- und Entwicklungschancen sowie Sinnhaftigkeit (Büssing, 1999, S. 106). Diese Eigenschaften einer vollständigen Arbeitsaufgabe gehen auf der Seite des Individuums mit Selbstwirksamkeitserfahrungen, erlebter interner Kontrolle und einer erhöhten Arbeitszufriedenheit einher und sind positiv mit Gesundheits- und Persönlichkeitsvariablen assoziiert (z.B. Büssing, 1999; Ulich, 2003). Im Gegensatz dazu sind partialisierte Handlungen potentiell gesundheitsschädlich und der Persönlichkeitsentwicklung abträglich (Ulich, 2005).

Als Beispiel sei hier die funktionsbezogene Arbeitsteilung im Krankenhaus genannt, nach der z.B. zuerst für alle Patienten die Betten gemacht werden, dann erst folgt die Medikamentengabe etc. So ist eine Pflegekraft nur für bestimmte Tätigkeiten zuständig. Die Folgen einer derart hoch arbeitsteiligen und repetitiven Arbeitsorganisation, für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten, sind Gegenstand des dritten Kapitels.

2.2 Theoretische Konzeptionen und Verfahren zur Untersuchung der Arbeitsbelastung in Pflegeberufen

Die theoretischen Konzeptionen und Instrumente zur objektiven Untersuchung der Arbeitsbelastung werden hier gemeinsam dargestellt, da sie eine Einheit bilden. Die Instrumente bilden die Theorie ab und wurden meist gleichzeitig mit der Theorie entworfen. Außerdem wurde die Theorie wiederum mit dem Instrument empirisch überprüft. Die Auswahl der vorgestellten Modelle und Verfahren berücksichtigt zwei Kriterien: Erstens sollte es sich um bedingungsanalytische Verfahren handeln, mit denen Situationsmerkmale erfasst werden. Zweitens sollten sie explizit auf dem Boden von Belastungs-Theorien entwickelt worden sein.

2.2.1 Instrumente auf der Grundlage des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts (Rohmert, 1984)

In Abgrenzung zu den anderen in diesem Abschnitt vorgestellten Modellen ist das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept kein originär arbeitspsychologisches Konzept, sondern wurde im Kontext der Erforschung physiologischer Belastungen entwickelt (Oesterreich & Volpert, 1999). Die Grundaussage ist, dass die gleiche Belastung bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Beanspruchungen führen kann. Belastungen sind unabhängig von der Person, also

objektive Situationsmerkmale. Erst durch die Interaktion mit einem Individuum entsteht eine Beanspruchung. Diese ist *subjektiv* konzipiert, da das individuelle Empfinden der belasteten Person die entscheidende Rolle spielt. In der Arbeitswissenschaft ist der Belastungs-Begriff neutral definiert. Daher können Belastungen sowohl gesundheitsförderlich als auch gesundheitsgefährdend sein. Im Falle der schädlichen Wirkung wird häufig von *Fehlbelastung* gesprochen. Im Zusammenspiel mit der Person kann eine *Fehlbeanspruchung* durch eine zu hohe oder zu niedrige Belastung, das heißt durch Über- bzw. Unterforderung zustande kommen. Im mittleren Bereich wird die Belastung als optimal angesehen (Oesterreich & Volpert, 1999). Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell wurde in die Sozialwissenschaften „exportiert“, also auch auf psychische Belastung bzw. psychische Beanspruchung ausgedehnt. Sollen psychische Belastung und Beanspruchung gemessen werden, müssen auf der Seite der objektiven Bedingungen die Intensität und Dauer der Belastung berücksichtigt werden. Auf der Beanspruchungsseite sollten Merkmale des Individuums, z.B. die Leistungsfähigkeit, die aktuelle Verfassung und die Motivation berücksichtigt werden (Richter, 1997).

Auf der Grundlage des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts hat die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (BAuA) Arbeitsanalyseverfahren zur Analyse und Dokumentation von gesundheitsgefährdenden Belastungen entwickelt. Als Beispiel sei hier kurz das Instrument *SIGMA* erwähnt (Screening-Instrument zur Bewertung und Gestaltung von menschengerechten Arbeitstätigkeiten). Das Instrument ist nicht speziell für einen bestimmten Tätigkeitsbereich entwickelt worden und es wird der ergänzende Einsatz von tätigkeitsspezifischen Verfahren empfohlen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005). *SIGMA* ist ein Beobachtungsinterview, dessen Anwendung Kenntnisse im Bereich der Arbeitspsychologie voraussetzt und sich in vier Bereiche gliedert: *Arbeitstätigkeit*, *Arbeitsumgebung*, *Arbeitsorganisation* und *Besondere Anforderungen*. In einem anschließenden Katalog macht *SIGMA* Vorschläge für die Auswahl von Maßnahmen. Im pflegerischen Bereich wurde das Instrument in der Altenpflege bei 30 Arbeitsplätzen eingesetzt und erfüllt die Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität, außerdem existieren Validitätsbelege (Windel, 1998).

2.2.2 Arbeitspsychologische Modelle und Verfahren zur Belastungsanalyse

In der Arbeitspsychologie werden im Gegensatz z.B. zur Unfallforschung Bedingungen erforscht, die erst bei längerer Einwirkung auf den Menschen gesundheitsschädlich wirken (Dormann & Zapf, 2002). Innerhalb der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung werden Belastungen bzw. Stressoren auf der *Bedingungsseite* und Beanspruchung bzw. Stressre-

aktion auf der Seite des *Individuums* unterschieden (Holz, Zapf & Dormann, 2004). Es besteht jedoch bezüglich der Konzeption von Arbeitsbelastung keine Einigkeit. Holz, Zapf, & Dormann (2004) z.B. schließen sich der europäischen Normenreihe DIN EN ISO 10075 (DIN, 2000) an und definieren die Begriffe Belastung und Beanspruchung neutral. Sie bemerken, dass „im Einzelfall nachzuweisen ist, ob eine Belastung oder Beanspruchung negative Implikationen hat“. Folglich definieren die Autoren *Stressoren* in Abgrenzung zur *Belastung* als Faktoren, „die sich grundsätzlich negativ auf das Wohlbefinden auswirken“ (Holz et al., 2004, S. 278). Die meisten Konzeptionen definieren die Belastungs-Dimension jedoch negativ, also synonym zum Stressor-Begriff. Die vorgestellten Verfahren konzipieren die Arbeitsbelastung als der Gesundheit abträglich und stellen ihr jeweils eine gesundheitsförderliche Dimension gegenüber.

2.2.2.1 Demand/Control-Modell (Karasek, 1979)

Die BAuA entwickelte nach dem Modell der Anforderungen/Belastungen (Demand/Control-Modell) von Karasek (1979) einen Fragebogen, *BASA* (Bewertung von Arbeitsbedingungen - Screening für Arbeitsplatzinhaber), der sich direkt an die Mitarbeiter wendet. Diese sollen aus subjektiver Sicht die Ergonomie, Technik und Organisation ihres Arbeitsplatzes beurteilen.

Im *Modell der Anforderungen/Belastungen* werden zwei Größen unterschieden, die unabhängig und in ihrer Wirkung entgegengesetzt sind. Während Belastung (Demand) negative Folgen hat, sind in der Anforderungs-Dimension (Control) alle Aspekte mit positiven Konsequenzen für die arbeitende Person zusammengefasst, wie z.B. Autonomie und Qualifikationsanforderungen (Karasek & Theorell, 1990). Es ergeben sich eine erhöhte Gesundheitsgefährdung bei Tätigkeiten, die durch geringe Kontrolle bei hoher Leistungsdichte gekennzeichnet sind. Anzustreben ist eine hohe Ausprägung auf der Control-Dimension, um die Handlungsfähigkeit einer Person zu fördern, was wiederum positive gesundheitsförderliche (Ducki & Greiner, 1992) und persönlichkeitsförderliche (Ulich, 2005) Auswirkungen hat. Hier lässt sich ein enger Bezug zum Konzept der sequentiell-hierarchischen Vollständigkeit von Arbeitstätigkeiten aus Abschnitt 2.1 herstellen: Das Modell fordert implizit anspruchsvolle, vollständige Tätigkeiten mit möglichst hohen und breit angelegten Regulationsanforderungen an die arbeitende Person.

Ziel von BASA ist wie bei SIGMA die Ableitung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes. Das Verfahren beschränkt sich jedoch auf die Ausführungsbedingungen. Für die Inhalte der Arbeitstätigkeit werden keine Aussagen getroffen (Richter, 2001). Eng mit der Control-Dimension verknüpft sind Konstrukte wie die wahrgenommene Kontrolle (z.B. Ajzen, 1991),

interne Kontrollüberzeugungen (z.B. Krampen, 1991) oder positive Selbstwirksamkeitserwartungen (z.B. Schwarzer, 1994). Diese Konzepte werden bei den Anforderungs-Ressourcen-Stresstheorien (Abschnitt 3.2) und ausführlich bei der Darstellung der wichtigsten gesundheitlichen Ressourcen in Kapitel 4 aufgegriffen. Genannt werden sollte auch das von Leitner und Kollegen (1993) entwickelte bedingungsbezogene Arbeitsanalyseverfahren *VERA* (Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit). Mit VERA werden die für die Gesundheit zuträglichen Regulationserfordernisse (z.B. Planungs- und Denkprozesse), erfasst.

2.2.2.2 Modell der Regulationsbehinderungen (Leitner, 1987)

Das im letzten Abschnitt erwähnte Verfahren VERA wurde zusammen mit dem Instrument RHIA (Regulationshindernisse in der Arbeitstätigkeit) entwickelt, das die Bestimmung von *Regulationshindernissen* und *Regulationsüberforderungen* auf der Grundlage des Modells der Regulationsbehinderungen erlaubt (Leitner & Volpert, 1987). Im Konzept der Regulationsbehinderungen werden Anforderungen und Belastungen voneinander abgegrenzt und gegensätzlich konzipiert, wobei die Belastung der Demand-Dimension entspricht. Belastungen können als Regulationshindernisse und Regulationsüberforderungen auftreten (Oesterreich & Volpert, 1999). Regulationshindernisse wirken direkt auf das Arbeitshandeln, in dem sie die Zielsetzung, die Handlungspläne und/oder die Kontrolle der Handlung behindern. Die arbeitende Person reagiert, um diese Behinderungen auszugleichen, mit Zusatzaufwand oder riskantem Handeln. Oesterreich, Leitner & Resch (2000b) erklären die Hemmung des Arbeitshandelns mit dem Fehlen betrieblicher Ressourcen zum Umgang mit den Behinderungen: „Es liegt nicht im Entscheidungsbereich der arbeitenden Person, grundsätzliche Maßnahmen zur Beseitigung des Hindernisses zu treffen“ (S. 59). Es kann erforderlich sein, falsche oder unvollständige Informationen z.B. durch Nachfragen zu ergänzen oder zu korrigieren, was einen zusätzlichen Aufwand darstellt. Beim riskanten Handeln werden von der arbeitenden Person Vorschriften außer Acht gelassen oder die Qualität unerlaubt gemindert. Dies geschieht teilweise, um Zusatzaufwand zu vermeiden (Leitner, 1993). Regulationsüberforderungen wirken indirekt über die Arbeitsbedingungen. Sind diese schlecht, wie z.B. bei schlechter Sicht oder unzureichender Sauerstoffzufuhr, wirkt sich das auch auf das Arbeitshandeln aus, jedoch nur indirekt. Als Dauerzustände überfordern sie die psychische Regulation, insbesondere die Aufmerksamkeit und die Konzentrationsfähigkeit. Beide Belastungen sind gesundheitsschädlich und wenn möglich zu vermeiden (Büssing et al., 1995).

VERA und RHIA werden als kombiniertes, einheitliches Instrument verwendet (z.B. RHIA/VERA-Produktion). In einer Längsschnittstudie untersuchte Leitner (1993) mit Hilfe der beiden Instrumente die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. Die Ergebnisse sprechen für eine unabhängige Konzeption von Anforderungen und Belastungen, wobei sich Anforderungen positiv, Belastungen hingegen negativ auf die Gesundheit auswirken. Unabhängig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Belastungen nicht durch Anforderungen ausgeglichen werden können (Oesterreich, Leitner & Resch, 2000b).

2.2.2.3 OTI-Konzept von Büssing et al. (z.B. 2003)

Auf dem Konzept der Regulationsbehinderungen aufbauend, unterscheidet Büssing (z.B. 2003) im Rahmen des *OTI-Konzepts* (Organisationsstruktur-Tätigkeit-Individuum-Konzept) drei Arten der Arbeitsbelastung: Regulationsbehinderungen, soziale und organisationale Stressoren. Der OTI-Ansatz besagt, dass organisationale Merkmale der Aufbau- und Ablauforganisation über die Tätigkeit das Verhalten und Wohlbefinden einer arbeitenden Person beeinflussen und umgekehrt das Individuum über die Tätigkeit die Organisationsstruktur verändert (Büssing, 1992). Im Zentrum des OTI-Ansatzes steht das Konzept der vollständigen Pflegetätigkeit. Die Kriterien der vollständigen Tätigkeit wirken sich auf die psychische Beanspruchung, die Arbeitsmotivation und die Arbeitszufriedenheit aus. Wie im Konzept der Regulationsbehinderungen wird ebenfalls zwischen Belastungen und Anforderungen unterschieden: während Belastungen als Störungen im Arbeitsablauf Stress nach sich ziehen, haben Anforderungen gesundheitsförderliche Konsequenzen. Belastungen und Anforderungen sind hier ebenfalls als unabhängige Dimensionen konzipiert (Leitner et al., 1993). Pflegerische Tätigkeiten, die zu den personengebundenen Dienstleistungen zählen, weisen einen hohen Interaktions- und Kommunikationsanteil auf, z.B. durch soziale Interaktionen mit Patienten, ihren Angehörigen, Ärzten oder Kollegen. So spielen *soziale Stressoren* neben *organisationalen Stressoren* in komplexen Systemen wie Krankenhäusern, Altenheimen oder ambulanten Pflegediensten eine große Rolle. Auf dem OTI-Konzept aufbauend entwickelten Büssing et al. (2002a) das *Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus* (TAA-KH). Es ist ein bedingungsbezogenes Instrument und liegt als Fragebogenversion und als Beobachtungsinterview vor, mit denen jeweils andere Aspekte des Arbeitsgeschehens erfasst werden. Das TAA-KH ist gleichzeitig ein *Arbeits-* und *Organisationsanalyse*-Instrument. Hier finden Anforderungen, Belastungen und Ressourcen Berücksichtigung. Bei der Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S) beurteilen die Mitarbeiter in der Pflege ihre Tätigkeit, nach Anforderungen und Belastungen getrennt und für folgende fünf Verfahrensbereiche:

1. Tätigkeitserfordernisse und Qualifikation
2. Transparenz, Tätigkeitsspielraum und Partizipation
3. Personelle, materielle und soziale Ressourcen
4. Organisationale und soziale Stressoren
5. Widersprüchliche Anforderungen

Zur Analyse der Anforderungen zählen die Verfahrensbereiche 1 bis 3, die Belastungen werden durch die Verfahrensbereiche 4 und 5 erfasst. Das TAA-KH-S wurde an einer Stichprobe mit über 2500 Pflegekräften konstruiert (Elke, 2004). Bei der Fremdbeobachtungsversion werden eine Ganzschichtbeobachtung mit Interview der beobachteten Pflegekraft sowie ein Interview mit der Stationsleitung durchgeführt. Es existiert auch eine Screening-Version mit nur 128 anstatt 442 Items (Büssing, 2003).

2.2.2.4 Konzept „Stress am Arbeitsplatz“ (Greif, 1991)

Im Rahmen des Konzepts *Stress am Arbeitsplatz*, werden Belastungen als *Stressoren* konzipiert und in einer probabilistischen Definition als „Merkmale, die in einer gegebenen Population mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Stresszuständen führen“ eingeführt (Greif, 1991). Theoretische Grundlage dieser Forschungsrichtung innerhalb der Belastungsforschung ist die psychologische Stresstheorie von Lazarus & Launier (1981), die im dritten Kapitel dargestellt wird, sowie die bereits erläuterte Handlungsregulationstheorie (Hacker, 1999). Obwohl nach Lazarus und Launier die kognitive Bewertung von Stressoren und Ressourcen des Individuums für Stresszustände verantwortlich sind, werden objektive, das heißt für alle Individuen bedeutsame Stressoren durch Arbeitsaufgabe und Ausführungsbedingungen postuliert. Hier sind z.B. Regulationsbeeinträchtigungen wie Unsicherheit bezüglich der Aufgabe, Merkmale der Arbeitsumgebung (Hitze, Lärm) sowie Zeitdruck und soziale Stressoren zu nennen (Dunckel & Semmer, 1987). Im Rahmen des Forschungsprojekts "Psychischer Stress am Arbeitsplatz" an der Universität Frankfurt/Main wurde das *Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse* (ISTA) entwickelt, welches die Erforschung der allgemeinen Belastungsbedingungen von gewerblichen Tätigkeiten zum Inhalt hatte. Es erfasst aufgaben-, organisations- und arbeitsumgebungsbezogene Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Unsicherheit, Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Umgebungsbelastungen) und liegt als Fragebogen- und Beobachtungsversion vor (Dunckel & Semmer, 1987). Zur Validierung des Instruments wurden Korrelationen mit Indikatoren der Beanspruchung berechnet. Besonders die Faktoren „Arbeitsintensität“, „Arbeitsplatzunsicherheit“, „schlechte Kommunikation“, „Umgebungsbelastung“ sowie „einseitige Belastung“ zeigten

substantielle und statistisch signifikante Zusammenhänge mit psychosomatischen Beschwerden und Krankheitssymptomen (Semmer, Zapf & Dunckel, 1999).

2.2.3 Kritik an den bedingungsspezifischen Ansätzen

Bedingungsspezifische Ansätze lassen im Prinzip die Merkmale der handelnden Person und Interaktionsprozesse außen vor. Somit sind Dienstleistungsprozesse, z.B. Pflegetätigkeiten nur unvollständig abzubilden. Für diese Tätigkeiten ist typisch, dass, neben der Immaterialität der Leistung, der Leistungsempfänger bei der Erbringung der Leistung anwesend ist und die Produktion und Konsumtion zeitlich zusammenfallen. Hierbei spielen Rückkopplungsprozesse eine bedeutende Rolle, die jedoch bei den bedingungsspezifischen Ansätzen keine Beachtung finden. Der Klient ist nicht nur passiver Konsument, sondern als Ko-Produzent aktiv an der Interaktion beteiligt. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Vernachlässigung emotionaler Prozesse (Richter & Schatte, 2005).

Es kann festgehalten werden, dass es im Bereich der Dienstleistungsarbeit bzw. der Arbeit „am Menschen“ noch zu wenige Verfahren gibt, welche die angesprochenen Spezifika dieser Tätigkeiten, insbesondere Emotionsregulation und Gestaltung sozialer Prozesse, erfassen können (Bamberg, Mohr & Steinmetz, o.J.). Büssing & Glaser (2003) rücken die Bedingungen der Interaktion in den Mittelpunkt. Sie sehen den Umgang mit den Gefühlen des Klienten, die so genannte „Gefühlsarbeit“ (Brucks, 1999) und den Umgang mit eigenen Gefühlen, die „Emotionsarbeit“ (Badura, 1990; Hochschild, 1983) als wesentliche Faktoren für die Dienstleistungsqualität an. Ein Aspekt der Emotionsarbeit besteht darin, bei abweichenden, unerwünschten Gefühlen gegenüber dem Leistungsempfänger trotzdem im Sinne der Organisations- oder Berufsregeln zu reagieren, also z.B. bei Ärger freundlich zu bleiben. Diese so genannte *emotionale Dissonanz* (Hochschild, 1983) steht in Verbindung zu emotionaler Erschöpfung, die ein Bestandteil des Burnout-Syndroms ist. Es wurden entsprechende Fragebogeninstrumente entwickelt (Büssing, Giesenbauer, Glaser & Höge, 2001). So fragt z.B. der *Fragebogen zur Analyse von Interaktionscharakteristika* die Pflegekräfte nach dem Kontakt (Häufigkeit, Dauer) mit den Patienten und nach der Intensität der gefühlsmäßigen Belastung, die daraus entsteht. Im Fragebogen zur Analyse von interaktionsorientierter Führung und Interaktionsspielraum werden die Rahmenbedingungen durch die Führungskräfte (Pflegedienstleitung, Stationsleitung) erfragt. Der Fragebogen zur Analyse von Qualifikationsanforderungen und Kompetenz für Interaktionsarbeit thematisiert die Qualifikationsanforderungen der Pflegekräfte bezüglich der Interaktionen (Büssing & Glaser, 1999b).

2.2.4 Zusammenfassung

Allgemein soll mit einer Arbeitsanalyse die konkrete Arbeitstätigkeit untersucht werden, um Informationen für Personalauswahl, Personalentwicklungsmaßnahmen oder Gestaltung von Arbeitsplätzen zu erhalten. Dazu werden Arbeitsanforderungen, individuelle Leistungsvoraussetzungen, der Arbeitsauftrag und die daraus resultierenden Arbeitsbeanspruchungen sowie das Arbeitsergebnis untersucht (Frieling, 1999, S. 468). Bei der an humanen Arbeitsbedingungen orientierten arbeitspsychologischen Arbeitsanalyse unterscheidet man die Kriterien *Schädigungslosigkeit*, *Beeinträchtigungsfreiheit*, *Ausführbarkeit* und *Persönlichkeitsförderlichkeit* (z.B. Hacker, 1998; Ulich, 2003). Als oberstes Kriterium muss die Forderung nach Freiheit der Arbeitstätigkeit von gesundheitsschädlichen Einwirkungen auf die arbeitende Person, hinsichtlich Schädigungslosigkeit, erfüllt sein. Beeinträchtigungsfreiheit meint, dass Arbeitstätigkeiten frei von psychophysischer Beeinträchtigung sein sollten, um Beanspruchungsfolgen, wie z.B. psychosomatische Beschwerden, zu verhindern. Unter Ausführbarkeit versteht man die Forderung nach Arbeitstätigkeiten, die auch langfristig ausführbar sind, und so zu einer auftragsgerechten und zuverlässigen Erfüllung des Arbeitsauftrags führen. Persönlichkeitsförderlichkeit schließlich meint die in Abschnitt 2.1 als hinreichende Voraussetzungen für die Vollständigkeit von Arbeitstätigkeiten genannten Merkmale wie *Anforderungsvielfalt*, *Möglichkeit zur Kooperation*, *Autonomie*, *Lern- und Entwicklungschancen* und letztlich *Sinnhaftigkeit* (Büssing, 2003).

Beim Belastungs-Beanspruchungs-Modell ist die Belastungs-Dimension neutral konzipiert und es hängt von den Wechselwirkungen des arbeitenden Individuums mit der Arbeitsaufgabe und den Arbeitsbedingungen ab, ob die Belastung positive oder negative Folgen für das Individuum hat. Die dargestellten arbeitspsychologischen Konzepte dagegen verwenden den Begriff „psychische Belastung“ in seiner negativen Bedeutung. Ein weiterer Unterschied der dargestellten arbeitspsychologischen Konzepte zum Belastungs-Beanspruchungs-Modell besteht in der Einführung einer weiteren Dimension, nämlich der sich positiv auswirkenden *Anforderungen* von Arbeitstätigkeiten.

Mit Hilfe der dargestellten Instrumente wurden die psychischen Belastungen unter anderem in den Pflegeberufen, vor allem der Krankenpflege, erforscht. Im nächsten Abschnitt sollen einige Befunde dieser empirischen Untersuchungen angeführt werden.

2.3 Empirische Untersuchungen zur Arbeitsbelastung in Pflegeberufen

In den letzten Jahren kam es in vielen Bereichen zu einem technikbedingten Wegfall klassischer Belastungsfaktoren, vor allem körperlicher Art (Hofmann, Keller & Neuhaus, 2002). Dies gilt jedoch nur sehr eingeschränkt für Pflegeberufe. Die nachfolgend referierten empirischen Studien erfüllen zwei Kriterien: Erstens soll es sich um quantitative Studien mit wissenschaftlich präzisen Kriterien handeln. Somit fallen alle Erfahrungsberichte bzw. rein qualitative Untersuchungen aus der Stichprobe heraus. Qualitative Studien eignen sich zwar zum Aufdecken neuer Zusammenhänge, jedoch steht hier die Darstellung der breiten statistisch abgesicherte Datenbasis empirischer Untersuchungen im Vordergrund. Zweitens sollen die Arbeitsbelastungen in den empirischen Untersuchungen differenziert nach Krankenpflege, Altenpflege, ambulanter Pflege und pflegepädagogischen Tätigkeiten erforscht worden sein.

2.3.1 Krankenpflege

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) führte 1999 und 2004 in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eine Befragung durch. Das Ziel bestand in einer Bestandsaufnahme der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitszustand der bei der DAK versicherten Beschäftigten in der stationären Krankenpflege. Es wurden in der groß angelegten Studie 4000 zufällig ausgewählte Probanden der Berufsgruppe „Krankenschwester/-Pfleger“ schriftlich befragt. Die Ergebnisse waren erwartungsgemäß: Zusammenfassend konstatieren die Autoren des Berichts, dass die stationären Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Arbeitnehmern besonders stark belastet sind (Grabbe et al., 2005). Die wichtigsten Ergebnisse der Studie im Einzelnen waren:

- 57 % der Mitarbeiter arbeiten in Wechselschicht mit Nachtschicht
- ca. 25 % arbeiten mehr als 10 Überstunden pro Monat
- 40 % der Mitarbeiter waren hohen körperlichen Belastungen durch z.B. Heben und Tragen ausgesetzt
- die häufigsten organisationsbedingten Belastungen sind Zeitdruck, zu wenig Pausen und häufige Unterbrechungen
- nur 16 % sind mit den Partizipationsmöglichkeiten zufrieden
- Kooperation und Kommunikation wird nur von 25 % der Befragten als positiv bewertet
- gegenüber 1999 nahm die Angst um den Arbeitsplatz zu

Insgesamt waren die Belastungsschwerpunkte trotz Umstrukturierungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement-Systemen im Jahre 2004 gegenüber 1999 unverändert geblieben und die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmer hatte im Untersuchungszeitraum abgenommen (Grabbe et al., 2005).

Büssing et al. (1995) untersuchten psychischen Stress und Burnout zu dem Zweck, den Einfluss von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen in drei Krankenhäusern zu überprüfen. In der Studie wurden die Hindernisse durch folgende Skalen operationalisiert:

1. *Informatorische Erschwerungen*: bestimmte Informationen sind nicht verfügbar oder fehlerhaft, z.B. unklare Anweisungen oder die unleserliche Handschrift von Ärzten.
2. *Motorische Erschwerungen* Behinderungen in der Fort- und Körperbewegung oder um Behinderungen in der Benutzung von Arbeitsmitteln. Dies kann z.B. durch bauliche Unzulänglichkeiten oder veraltete Technik verursacht werden.
3. *Unterbrechungen* durch Personen, Funktionsstörungen oder Blockierungen: die momentane Arbeitstätigkeit wird unterbrochen, da die arbeitende Person ihre Aufmerksamkeit auf andere Tätigkeiten richten oder warten muss.
4. *Zeitdruck*.
5. Beeinträchtigende Bedingungen in der *Ergonomie* des Arbeitsplatzes bzw. der Station.

Als Ergebnis fanden die Autoren, dass in den untersuchten Krankenhäusern Regulationsüberforderungen durch mangelhafte ergonomische Bedingungen sowie Regulationshindernisse aufgrund von Unterbrechungen durch Personen am häufigsten auftraten. Der höchste Belastungswert ergab sich für die Belegung, das heißt z.B. Über- oder Fehlbelegung, also einen organisationalen Stressor. Ebenfalls hohe Belastungswerte ergaben sich für „Unterbrechungen“, „Zeitdruck“ und „Beeinträchtigende Bedingungen“. Interessant ist, dass sich hohe Werte für die Skala „Erhöhter Handlungsaufwand“ ergaben, was als Beleg für den von Leitner postulierten Zusatzaufwand bei Regulationsbehinderungen zu werten ist (Büssing et al., 1995).

Mit dem Ziel, zu kausalen Aussagen bezüglich Anforderungen, Spielräume, Ressourcen und Belastungen in der Krankenpflege zu gelangen, führten Büssing und Mitarbeiter (1997) eine Längsschnittuntersuchung in drei Krankenhäusern durch. Sie setzten die Selbstbeobachtungsversion des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus (TAA-KH-S) zu zwei Messzeitpunkten ein (N = 187 bei T1, N = 181 bei T2). Bezüglich der Ergebnisse war interessant, dass wiederum die Belegungssituation als wichtigster organisationaler Stressor genannt

wurde. Allerdings trat hier eine Verbesserung von T1 nach T2 im Zuge einer Organisationsentwicklung ein. In einem der untersuchten Krankenhäuser nahm die Belastung durch Personalmangel und unsichere Informationen (z.B. über die Arbeitsplatzsituation) zu. Ein aufschlussreicher Befund ist der direkte Zusammenhang der Zunahme von sozialen Stressoren mit der Verschlechterung des sozialen Klimas. In Bezug auf die vorliegende Arbeit ist besonders interessant, dass die sozialen Interaktionen mit Kollegen und Patienten eine große Belastung darstellen und dass die größte Belastung in der Zusammenarbeit mit den Ärzten besteht, welche über die zwei Jahre von T1 nach T2 deutlich angestiegen ist (Büssing et al., 1997). Inwieweit hier durch geeignete Maßnahmen interveniert werden kann, wird in Gliederungspunkt 4 erläutert

2.3.2 Altenpflege

Zimber (1999) unterscheidet folgende Arbeitsbelastungen in der Altenpflege:

- 1) körperliche Belastungen
- 2) Belastungen durch die betreuten Personen
- 3) Belastungen durch ungünstige Arbeitsbedingungen

Da die körperlichen Belastungen von Arbeitstätigkeiten eher in den Bereich der Arbeitsmedizin fallen, sollen hier zum ersten Punkt nur die wichtigsten aufgezählt werden: Infektionsgefahr durch den Kontakt mit Pflegebedürftigen, Gefahren für die Wirbelsäule durch schweres Heben und Tragen und die Schicht- bzw. Nachtarbeit (Hofmann & Michaelis, 1999). Bei den Belastungen durch die betreuten Personen ist im Gegensatz zur Krankenhausversorgung oft eine Betreuung bis zum Tod gegeben, was eine Vielfalt von Belastungen mit sich bringt (Zimber, 1999). Neben den Themen Tod und Sterben müssen sich die Pflegenden auch mit dementen, schwierigen und teilweise aggressiven Bewohnern auseinandersetzen (z.B. Knobling, 1999). Hier kommt es oft zu unvermeidbaren Konflikten, in deren Verlauf die Pflegekräfte manchmal selbst mit Aggression und nachfolgend mit Schuldgefühlen reagieren. Zu den Belastungen durch ungünstige Arbeitsbedingungen schließlich zählen Zeitdruck und Personalmangel auf den Pflegestationen (z.B. Becker, 1998). Zu geringe Handlungs- und Entscheidungsspielräume tragen ebenso wie Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten zur Gesamtbelastung bei (Berger, 1999). Eine große Belastung stellt auch das wahrgenommene geringe Prestige der Altenpflege dar (Becker & Meifort, 1994). Auch die Pflegeversicherung hat eher zu einer Belastungserhöhung beigetragen, da die abgedeckten Leistungen nicht alle tatsächli-

chen Bedürfnisse der zu Pflegenden, wie z.B. soziale Zuwendung und Gespräche, abdecken (Zimber & Weyerer, 1999).

Zur Analyse der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege wurde das Screeningverfahren TAA-KH-S von Büssing und Glaser (2001) abgewandelt und erfasst als *Belastungsscreening TAA – Altenpflege* unterschiedliche psychische Belastungen auf einer fünfstufigen Antwortskala, wobei 1 „nein gar nicht“ und 5 „ja genau“ bedeuten. Das adaptierte Screeningverfahrens TAA-KH-S bewertet 48 Merkmalen von Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege. Wie beim TAA-KH werden organisationale Stressoren, soziale Stressoren und widersprüchliche Anforderungen erfasst. Glaser, Lampert & Weigl (2005) führten mit Hilfe des Belastungsscreenings bei Mitarbeitern eines Altenpflegeheimes eine Befragung durch. Die Autoren bemerken, dass ein durchschnittlicher Wert von 3 oder höher als schwerwiegende Belastung angesehen werden kann. Die Ergebnisse für die organisationalen Stressoren, die sozialen Stressoren und für die widersprüchlichen Anforderungen lagen bei dieser Untersuchung allerdings unterhalb dieses kritischen Wertes. Auf Itemebene ergaben sich als Hauptbelastungen Unterbrechungen von Arbeitsabläufen (Glaser et al., 2005). Eines Gesundheitsberichts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland zufolge haben AOK-Versicherte, die Altenpflegeeinrichtungen arbeiten, im Branchenvergleich die meisten Krankentage und eine längere Genesungszeit aufweisen, was mit der starken physischen und psychischen Beanspruchung begründet wird (Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, 2004). Die immensen Belastungen in der Altenpflege werden auch durch die hohe Zahl von Berufsaussteigern in der Altenpflege belegt (Bausch-Weis, 2004). Die Auswirkungen dieser Belastungen, insbesondere Stress und Burnout, werden im dritten Kapitel diskutiert.

2.3.3 Ambulante Pflege

(Büssing, Glaser & Höge, 2003) bemerken, dass im ambulanten Bereich weit weniger Studien zur Arbeitsbelastung existieren als im Bereich der stationären Krankenpflege. Sie zitieren eine Studie von Barthelme, Garms-Homolová & Polak (1999), die in einer Belastungsanalyse bei 31 Pflegediensten und 184 Probanden fanden, dass innerhalb der Arbeitsaufgaben vor allem die Begleitung Sterbender, die Pflege von Demenzpatienten sowie Reinigungsarbeiten als belastend erlebt wurden. In der Kategorie „Arbeitsbedingungen“ gaben die Probanden „Zeitdruck“ als größte Belastung an, gefolgt von „unzureichende pflegerische Versorgung“, „unsichere berufliche Zukunft“ und „geringe Bezahlung“.

In einer weiteren Studie fanden Büssing et al. (2000), dass vor allem die Arbeitsbedingungen in Bezug auf „Platzverhältnisse“ und „Ausstattung der Patientenwohnungen“ sowie die zu den sozialen Stressoren zählenden Interaktionen mit den Angehörigen der Patienten als sehr belastend erlebt wurden. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Befund, dass der Schweregrad der Belastungen in der stationären Pflege statistisch signifikant höher ist als in der ambulanten Krankenpflege. Die Autoren erklären dies mit der unterschiedlichen Belastungskonstellation. Die Mitarbeiter in dieser Berufsgruppe sind freier in ihren Entscheidungen, können also autonomer arbeiten als ihre Kollegen in stationären Einrichtungen (Büssing et al., 2003). Auf die Bedeutung von Autonomie im Zusammenhang mit Stress und Burnout wird im vierten Kapitel näher eingegangen.

Unterbrechungen der Arbeitstätigkeit sind in der ambulanten Pflege seltener, da es hier nicht die typischen Unterbrechungen durch die Patientenklänge oder Anfragen von Ärzten oder Kollegen gibt. Das Problem der Über- oder Fehlbelegung gibt es ebenfalls selten. Diese Erleichterungen schlagen jedoch nicht auf die Beanspruchungssituation durch (Büssing et al., 2003). Die Befunde zur Beanspruchung in der Altenpflege werden in Abschnitt 3.3.3.2 dargestellt.

2.4 Fazit zur Arbeitsbelastung in Pflegeberufen

Typischerweise finden sich in personenbezogenen Dienstleistungsberufen mit einem hohen Anteil an *Interaktionsarbeit*, wie z.B. bei Stewardessen oder Psychotherapeuten, vielfältige organisationale und soziale Stressoren (Büssing & Glaser, 1999b). In empirischen Untersuchungen zu psychischen Belastungen in der stationären Krankenpflege finden sich überwiegend identische Belastungsfaktoren. Nach einer Klassifikation „kundenbezogener sozialer Stressoren“ von Dormann & Zapf (2002) tragen *außergewöhnliche Anforderungen*, *persönliche Angriffe*, *unfreundliche* und *unangenehme Kunden/Patienten* oder *Abstimmungsschwierigkeiten* zu hohen emotionalen und sozialen Anforderungen bei, die zu Stressreaktionen führen können. Führt man sich die schwierige tagtägliche Arbeit mit sterbenden und schwierigen Patienten vor Augen, wird klar, dass in der Krankenpflege alle genannten Klassen der sozialen Stressoren eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen aus dem vorangegangenen Abschnitt zeigen, dass Pflegeberufe im Branchenvergleich zu den am stärksten belasteten Berufsgruppen überhaupt gehören. Dabei kann die eigentliche Arbeitsaufgabe, die neben hoher körperlicher Belastung auch viel Emotions- bzw. Interaktionsarbeit (z.B. Büssing & Glaser, 1999b) erfordert, von den suboptimalen Ausführungsbedingungen abgegrenzt werden. Dadurch kommen noch

organisationale (z.B. Schicht- und Nachtarbeit) und soziale Belastungen (z.B. Kommunikationsprobleme mit Kollegen und Vorgesetzten) hinzu. Weitere ungünstige Rahmenbedingungen sind eine geringe Bezahlung und ein niedriger beruflicher Status z.B. im Vergleich zu Ärzten (Kruse & Schmitt, 1999). Diese Rahmenbedingungen, die durch ein Ungleichgewicht zwischen (Arbeits-)Engagement einerseits und Belohnung (materieller und nichtmaterieller) andererseits gekennzeichnet sind, gehen mit großen Risiken für die Gesundheit einher (z.B. Siegrist, 1996). Diese Unausgeglichenheit von Belohnungsaspekten in der Pflegetätigkeit wird weiter unten im Rahmen des *Modells der Ressourcenbewahrung* von Hobfoll (1989) vertieft.

Die Analyse objektiver Belastungen bzw. Stressoren ist nicht ohne Kritik geblieben. Es stellt sich die Frage, ob die Erforschung objektiver Belastungsfaktoren nicht die individuellen Coping-Möglichkeiten, wie sie auch von Lazarus (1981) im transaktionalen Stressmodell (siehe Kapitel 3) postuliert werden, vernachlässigt. Mohr & Semmer (2002) geben eine Varianzaufklärung von 10 Prozent mit einer Obergrenze von 20 Prozent für die objektiven Arbeitsbelastungen auf die Gesundheit an, was eher gering erscheint. Dies hat jedoch methodische Gründe wie die Ungenauigkeit der Messinstrumente und ein unterschiedliches Messniveau von Prädiktoren und Kriterien (Wittmann, 1985). Zudem wird der Gesundheitszustand eines Menschen neben den Arbeitsbedingungen von vielen anderen Faktoren beeinflusst. Die jeweiligen Modellvorstellungen und empirisch gefundenen Zusammenhänge bestimmen jeweils über die Maßnahmen zur Stressprävention bzw. Gesundheitsförderung. Mohr & Semmer (2002) plädieren für eine Kombination personenbezogener und struktureller Maßnahmen und bejahen die Frage, ob sich Belastungsforschung bei solch moderaten Zusammenhängen überhaupt lohne.

Ist eine arbeitende Person über einen längeren Zeitraum den beschriebenen Belastungen ausgesetzt, können sich dauerhafte Beeinträchtigungen der psycho-physischen Gesundheit wie psychosomatische Beschwerden oder das Burnout-Syndrom entwickeln. Diese Folgen für die Gesundheit sind Gegenstand des nächsten Kapitels. Nachfolgendes Schaubild fasst die psychischen Belastungen in Pflegeberufen zusammen.

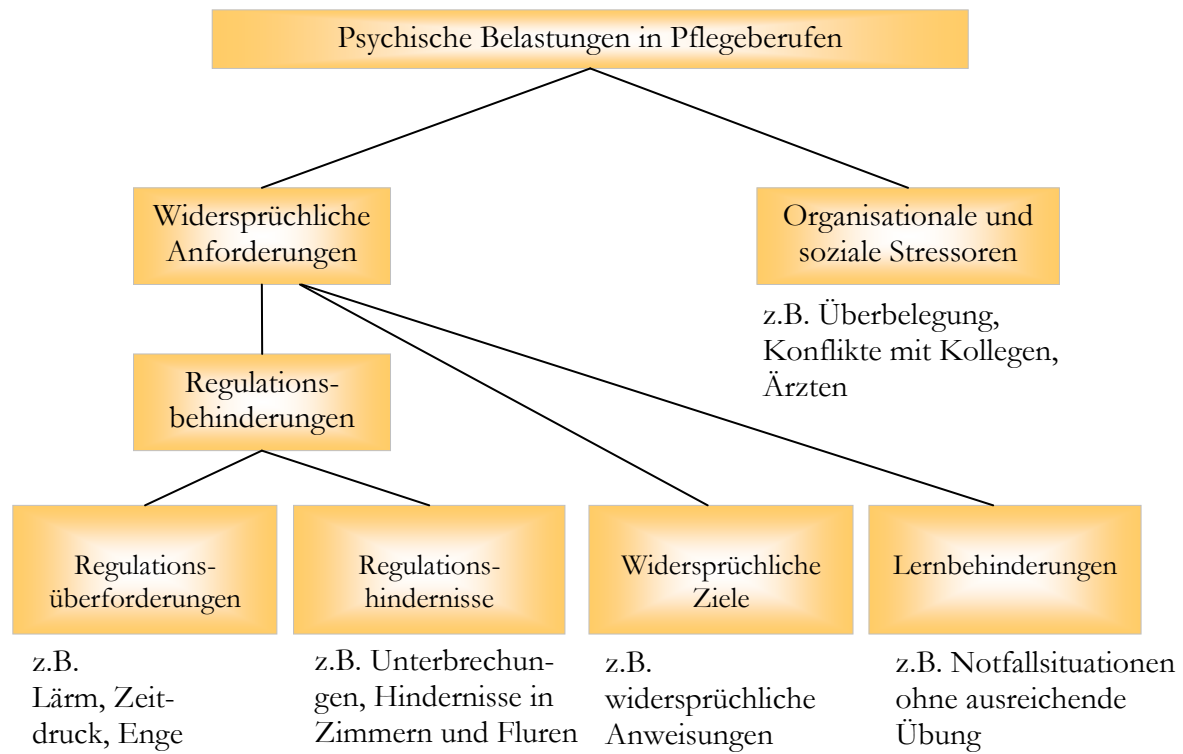


Abb. 2: Psychische Belastungen in Pflegeberufen (nach Büssing et al., 2002, S. 34)

3. Psychische Beanspruchung, Stress und Burnout als Folgen der Belastung durch pflegerische Tätigkeiten

Während im letzten Kapitel die Ebene der Arbeitstätigkeiten und dabei die objektiven Bedingungen, die für jeden Menschen annähernd identisch sind, im Mittelpunkt standen, geht es im Folgenden um subjektive, individuelle Prozesse bei der Entstehung von Belastungsfolgen.

3.1 Die Begriffe „psychische Beanspruchung“ und „Stress“

Belastung und Beanspruchungen sind nicht durch einfache Reiz-Reaktions-Verknüpfungen erklärbar. Sie sind durch vielfältige kognitive, motivationale, physiologische und affektiv-emotionale Prozesse vermittelt. Dabei sind nützliche und persönlichkeitsförderliche Beanspruchungen von dysfunktionalen, schädigenden Beanspruchungen zu trennen (Ulich, 2005). Beanspruchung ist somit interindividuell verschieden. Mit der physischen Beanspruchung des arbeitenden Individuums befasst sich vor allem die Arbeitswissenschaft. In der vorliegenden Arbeit sind ausschließlich die *psychischen Beanspruchungsreaktionen* von Interesse, die allerdings durchaus zu körperlichen Krankheiten führen können. Im Falle längerfristiger Auswirkungen auf die Gesundheit soll jedoch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Begriff Beanspruchung vermieden und von *Beanspruchungsfolgen* gesprochen werden.

Wie bei der Belastungsforschung gibt es auch bei der Erforschung von Stress und Beanspruchung eine begriffliche Vielfalt. Beanspruchungsreaktionen und Beanspruchungsfolgen werden wie Stress- und Stressfolgen in der Literatur meist nicht scharf getrennt, was daran liegen mag, dass eine Trennung künstlich ist und unikausale Modelle ungeeignet sind, gleichzeitig ablaufende und rekursive Prozesse abzubilden. So kann z.B. eine Beanspruchungsreaktion wie Ermüdung zu einem Stressor werden, der wiederum kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Auswirkungen hat. In vorliegender Arbeit soll Stress als *Prozess* verstanden werden, in dessen

Verlauf ein Auslöser, das heißt die spezifische Belastung der Pflegearbeit, durch vermittelnde organismische Variablen zu einer (kurzfristigen) Beanspruchungsreaktion führt, die wiederum mittel- bis langfristige Folgen für die Gesundheit hat. In der Literatur werden die Begriffe *Stress* und *Stressforschung* eher für die längerfristigen negativen Auswirkungen verwendet, die Begriffe *Beanspruchung* und *Beanspruchungsforschung* hingegen für die kurzfristigen Auswirkungen (Semmer & Mohr, 2001). Dieser Einteilung soll hier gefolgt werden. Es verbleibt jedoch eine unbefriedigende Überschneidung der *mittel- bis längerfristigen* Stressreaktionen mit ihren gesundheitlichen Folgen. Es wäre zu wünschen, dass sich diese künstliche Trennung mit zunehmendem Durchsetzen zirkulärer Modelle erübrigt.

Zunächst werden Differenzen und Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Stress-Konzeptionen deutlich gemacht werden, bevor anschließend auf die positiven und negativen Gesundheitsfolgen der Beanspruchung eingegangen wird.

Ursprünglich wurde der Begriff „Stress“ von Selye bereits 1936 aus der Physik übernommen und als „unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung“ definiert (Selye, 1982, S. 7). Nach Greif (1989) ist eine Stressreaktion ein Zustand, der entsteht, wenn ein aversives, zeitlich nahes und subjektiv lang andauernde Ereignis, das mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eintritt, sehr wahrscheinlich nicht verhindert werden kann. Diese Definition verweist bereits auf die Wichtigkeit von verfügbaren Ressourcen bei der Stresseinschätzung und Stressentstehung (siehe Abschnitt 3.2), denn Stress entsteht nur, wenn die Person nicht erwartet, das Ereignis oder die Situation zu bewältigen. Ebenso betonen Hacker und Kollegen bei der Stressentstehung die erlebte Bedrohung, welche für einen Zustand angstbedingter Erregung verantwortlich ist (Hacker et al., 1982). In der Stressforschung dominiert ebenso wie in der Beanspruchungsforschung eine negative Ausprägung des Begriffs, Stress wird als Folge psychischer Fehlbeanspruchung, also Unter- oder Überforderung konzipiert. So definieren Büssing (1999) oder Richter & Hacker (1997) Beanspruchung per se negativ. Die Autoren fokussieren ausschließlich *Fehlbeanspruchungen*, wenn sie „die potenziell negativen Wirkungen belastender Arbeitsbedingungen auf die arbeitende Person“ im Blick haben (Glaser et al., 2005, S. 21).

Psychische Beanspruchung ist nach der Europäischen Norm EN ISO 10075-1 die „unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (Mittelstaedt, 2004, S.15). Die Norm folgt implizit dem Belastungs-Beanspruchungs-Ansatz von Rohmert (1984) und beschreibt je nach den Voraus-

setzungen des Arbeitstätigen *positive Beanspruchungsfolgen* wie z.B. Aktivierungs- und Lernprozessen und *negative Beanspruchungsfolgen* wie psychische Ermüdung, Stress, Monotonie und psychische Sättigung (Mittelstaedt, 2004). Damit entspricht der Beanspruchungsbegriff, wie er in der Arbeitswissenschaft verwendet wird, der ursprünglichen Stress-Definition von Selye.

In den meisten Konzepten wird zwischen Stressor einerseits und Stress, Stressreaktion oder Stressfolgen unterschieden. Der Alltagsbegriff Stress im Sinne von „viel Stress haben“ meint zumeist nichts anderes als eine hohe Arbeitsbelastung bzw. Beanspruchung und wird üblicherweise in seiner negativen Bedeutung verwendet. Es sollten jedoch die positiven Effekte wie Anregung und Motivation nicht außer Acht gelassen werden (Wenchel, 2000, S. 22, siehe auch Abschnitt 3.3.1). Die wissenschaftlichen Definitionen von Stress sind von den zugrunde liegenden theoretischen Annahmen abhängig und werden im Rahmen der jeweiligen Stressmodelle dargestellt.

3.2 Ressourcentheoretische Stressmodelle

Als Fazit des 2. Kapitels wurde formuliert, dass die Pflegeberufe zu den am meisten belasteten Berufsgruppen überhaupt gehören. In den nachfolgenden Abschnitten werden Theorien erörtert, die erklären können, wie es bei den Pflegenden von der Belastung zu stressbedingten Erkrankungen und Phänomenen wie dem Burnout-Syndrom kommen kann. Dabei liegt der Schwerpunkt auf ressourcenorientierten Stressmodellen, da sie die theoretische Basis für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit an der *Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen* (EFHLU) durchgeführten Präventionsmaßnahme (Kap. 8) darstellen. Daran schließt sich eine Diskussion empirischer Befunde zu Stress in Pflegeberufen an.

3.2.1 Vorbemerkung

Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, alle Stressmodelle darzustellen, die einen Erklärungsbeitrag für Stress in Pflegeberufen leisten können. Für den interessierten Leser sei auf Becker (2006) verwiesen, der eine Übersicht über *Stressor-Stress-Modelle*, *Diathese-Stress-Modelle* und *Stressor-Ressourcen-Modelle* gibt. So kann man das Stressor-Stress-Modell von Selye (1982) auf pflegespezifische Beanspruchung übertragen, in dem man diese als unspezifische Reaktion des Organismus auf berufstypische Stressoren, wie sie in Kapitel 2 erörtert wurden, konzipiert. Gleiches gilt für das kognitive Stressmodell von Lazarus et al. (1981), das zu den Stressor-Ressourcen-Modelle zählt und die Entstehung von Stress durch eine Diskrepanz zwi-

schen Belastungen und wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten postuliert. Viele Interventionen orientieren sich an diesem kognitiven Modell. Wegen seines hohen Bekanntheitsgrades soll es hier nicht weiter erläutert werden.

Bei der Auswahl der Modelle wurde berücksichtigt, dass es sich um Stressor-Ressourcen-Modelle handelt und dass sie einen direkten Einfluss auf die Konzeption der in Kap. 7 beschriebenen Präventionsmaßnahme genommen haben. Diese Modelle sind das *Salutogenese-Modell* von Antonovsky (1979, 1987, 1997), die *Theorie der Ressourcenbewahrung* von Hobfoll (1989) und das *systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell* von Becker (2006).

3.2.2 Salutogenese-Modell von Antonovsky (1979, 1987, 1997)

Der Salutogenese-Ansatz von Antonovsky (1979, 1987, 1997) hat sich als Paradigma in der Medizin und in den Sozialwissenschaften etabliert. Die *World Health Organization* (WHO) verfolgt inzwischen mit der *International Classification of Functioning* (ICF) einen positiven Ansatz, in dem sie exakt das Verhalten beschreibt, welches zu einer gesunden Lebensführung notwendig ist (WHO, 2001). Der wesentlichste Unterschied zwischen dem klassischen medizinischen Modell und dem Salutogenese-Modell ist, dass die Salutogenese die Bedingungen für Gesundheit, nicht aber für Krankheit erklären möchte. Gegenüber der traditionellen medizinischen Pathogenese, die Gesundheit als Zustand definiert, der durch „Risikofaktoren“ bedroht ist, sieht Antonovsky Gesundheit als einen Prozess und stellt die Frage, wie Menschen trotz dieser Risikofaktoren bzw. Stressoren gesund bleiben. Gesundheit wird bei ihm als Kontinuum konzipiert und die Idee einer absoluten Gesundheit, wie sie z.B. 1948 in der Gesundheitsdefinition der WHO formuliert wurde, zugunsten einer Idee der relativen Gesundheit verworfen (Antonovsky, 1987).

Die Theorie postuliert als entscheidende personale Gesundheitsressource das so genannte Kohärenzgefühl oder den Kohärenzsinn (*Sense of Coherence*), das sich aus einem Gefühl der Verstehbarkeit (*Sense of Comprehensibility*), der Machbarkeit (*Sense of Manageability*) und Bedeutsamkeit (*Sense of Meaningfulness*) zusammensetzt. Eine Person mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl betrachtet Stressoren als vorhersehbare, lohnende und zu bewältigende Herausforderungen. Um den Kohärenzsinn zu messen, konstruierte Antonovsky einen aus 29 Items bzw. als Kurzform aus 13 Items bestehenden Fragebogen, der die testtheoretischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllt. Obwohl als *Gefühl* konzipiert, handelt es sich eher um eine bzw. mehrere *Einstellungen*, die in dem von Antonovsky entwickelten Fragebogen auch

als solche abgefragt werden (Antonovsky, 1997). Jedoch sprechen empirische Befunde eher für einen Generalfaktor als für die drei Komponenten (Bamberger, 2001). Becker (2006, S. 93) bezeichnet das Kohärenzgefühl sogar als stabile Persönlichkeitseigenschaft und führt die unscharfe Terminologie Antonovskys auf dessen soziologischen Hintergrund zurück. Antonovsky (1990) wiederum sieht den Unterschied zwischen dem Kohärenzsinn und stabilen Persönlichkeitseigenschaften darin, dass sich das Kohärenzerleben erst in Belastungssituationen zeigt. Im 4. Kapitel wird die Relevanz des Kohärenzgefühles bzw. Kohärenzsinn für die Gesundheit diskutiert.

3.2.3 Theorie der Ressourcenbewahrung von Hobfoll (1989)

Die Theorie der Ressourcenbewahrung von Hobfoll (1989) basiert auf der einfachen Annahme, dass Menschen ihre Ressourcen schützen und neue hinzugewinnen wollen. Drohende oder tatsächliche Ressourcenverluste sind stressreiche Ereignisse, das heißt Stress entsteht, wenn der Schutz oder der Zugewinn von Ressourcen vermeintlich oder tatsächlich nicht gelingt. Dies geht mit einer Erfahrung der Bedrohung einher. Dies kann z.B. passieren, wenn eine Person Ressourcen investiert, um andere Ressourcen dazu zu gewinnen, aber der Gewinn ausbleibt. Dieser Aspekt der Theorie ähnelt stark Siegrists (1996) Modell der Gratifikationskrisen. Auch zur Vermeidung künftiger Ressourcenverluste werden wiederum Ressourcen benötigt. Hier wird deutlich, warum z.B. sozial benachteiligte bzw. ressourcenschwache Personen stressanfälliger sind als ressourcenstarke. Bei Hobfoll wird Stress ausschließlich negativ verstanden. Anregende Effekte entstehen durch Zugewinn von Ressourcen. Gelingt also der Schutz und Zugewinn von Ressourcen, ergeben sich positive Effekte auf die Gesundheit des Einzelnen und der Gemeinschaft.

Zum Gewinn von Ressourcen und deren Schutz werden andere Menschen benötigt. Zwischen Individuen findet ein Ressourcenaustausch statt. Diese auf den ersten Blick triviale Tatsache erweitert den Rahmen rein individualistischer Theorien wie z.B. des *transaktionalen Stressmodells* (Lazarus & Launier, 1981), indem die interaktionellen Aspekte der Stressentstehung betont werden. Stress entsteht nicht allein „in der Person“, sondern in erheblichem Maß „zwischen Personen“. Wenn man sich die Befunde zur sozialen Unterstützung anschaut (siehe Kap.4), wird die Bedeutung des interpersonellen Austauschs von Ressourcen deutlich. Wird aus diesem Austausch eine „Einbahnstraße“, so entsteht eine Ressourcenverlustspirale, an deren Ende ein „Ausgebranntsein“ stehen kann (Buchwald, 2004). Inhaltlich unterscheidet Hobfoll (1989) *Objektressourcen*, *Bedingungsressourcen*, *persönliche Ressourcen* und *Energieressourcen*. Abb. 3 verdeutlicht die

Gewinn- bzw. Verlustspirale, welche durch gelungene Investition bzw. Fehlinvestition von Ressourcen initiiert werden.

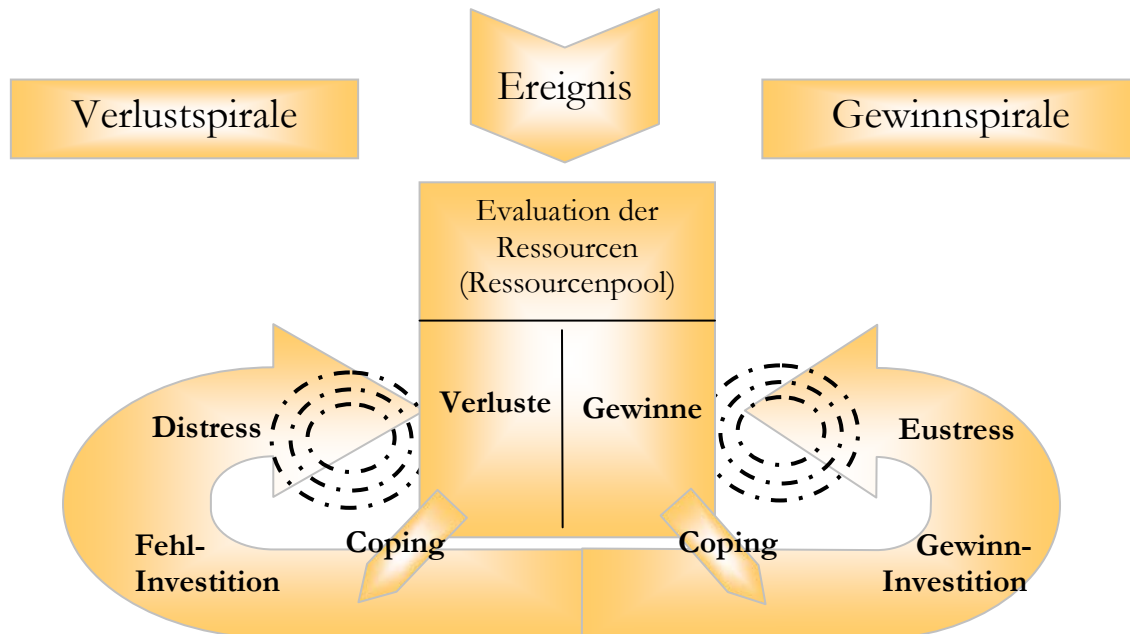


Abb. 3: Gewinn- und Verlustspirale im Modell der Ressourcenerhaltung (eigene Darstellung nach Buchwald, 2004)

Ressourcen sind bei Hobfoll im Gegensatz zur Theorie von Lazarus (1981) nicht subjektiven Bewertungen unterworfen, sondern als objektivierbare Tatsachen konzipiert, wie zum Beispiel der soziale Status oder das Einkommen (Buchwald, 2004). Ressourcenverluste wirken sich nach Hobfoll drastischer aus als Ressourcengewinne, was die Tendenz erklärt, zunächst Verluste zu vermeiden, bevor Gewinne angestrebt werden. Ebenso werden dadurch Rückzugstendenzen verständlich, wie sie im Rahmen des Burnout-Syndroms regelmäßig auftreten (Maslach & Leiter, 2001).

Bezüglich geeigneter Interventionen suggeriert ein kognitives Modell wie das transaktionale Stressmodell, an der individuellen kognitiven Bewertung zu arbeiten und negiert bzw. übersieht evtl. vorhandene Ressourcendefizite. Die Theorie der Ressourcenerhaltung bietet hier einen Vorteil gegenüber einer individualistischen Theorie, da auch auf objektive Kontextfaktoren bzw. Lebensbedingungen eingegangen wird. Stress wird ausschließlich über Ressourcen konzipiert und als interpersonelles Geschehen aufgefasst. Auf der anderen Seite ist ein Nachteil des Modells, dass es so weit gefasst ist, dass sich daraus keine stringent theoriegeleiteten Interventionen ableiten lassen. Im Grunde sind alle Interventionen denkbar, die geeignet sind, den Ressourcenpool eines Individuums oder einer Gruppe zu erweitern. Das Modell ist eher als Rahmenmodell zu verstehen, aus dem sich Interventionsstrategien, jedoch keine konkreten Maß-

nahmen ableiten lassen. Eine mögliche Strategie ist die Förderung gegenseitigen Ressourcenaustauschs von Individuen oder Gruppen, wie sie von Becker (2006) in seinem systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell explizit dargestellt wird.

3.2.4 Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (1995, 2004, 2006)

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (1995, 2006) ist ähnlich weit gefasst wie das Ressourcenbewahrungs-Modell von Hobfoll, jedoch trennt es zwischen Anforderungen einerseits, die als Belastungen im negativen Sinne verstanden werden, und Ressourcen andererseits, mit denen diese Anforderungen bewältigt werden können. Der Grad an Bewältigung interner und externer Anforderungen bestimmt den Gesundheitszustand einer Person. Anforderungen können intern und extern vorliegen, wobei mit internen Anforderungen vor allem die Bedürfnisse einer Person gemeint sind. Externe Anforderungen sind Anforderungen im Arbeits- und privaten Kontext. Fehlen wichtige Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen, entsteht Stress. Die Unterdrückung eines Bedürfnisses hat auf lange Sicht ungünstige Folgen (Becker, 2006, S. 112). Ressourcen werden wie beim Ressourcenbewahrungs-Modell von Hobfoll als objektivierbar konzipiert. Sie umfassen externe Ressourcen aus der Umwelt und interne Ressourcen wie z.B. Intelligenz, bestimmte Persönlichkeitseigenschaften, physische Fitness und bestimmte soziale Rollen und Ämter (Becker, 2006).

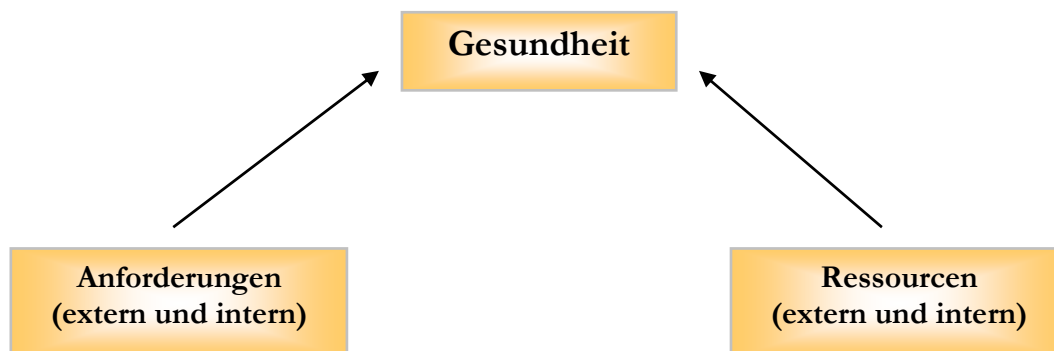


Abb. 4: Schematische Darstellung eines Anforderungs-Ressourcen-Modells

Das Modell wurde vielfach bestätigt, unter anderem durch Pfadanalysen (z.B. Becker et al., 2004a). Innerhalb des Modells werden verschiedene Systemebenen unterschieden. Vor allem sind die Ebenen der Organe, Personen, Gruppen, Gemeinden und Gesellschaften für die Gesundheitsförderung von Interesse. Auf der Personenebene bspw. interagiert eine Person A mit einer Person B, indem sie an diese Anforderungen stellt, die B mit der Bereitstellung von Ressourcen beantwortet. Die Person B wiederum stellt Anforderungen an A, welche durch die Bereitstellung von Ressourcen aus dem Ressourcenpool von A bewältigt werden. So werden An-

forderungen wechselseitig, also gemeinsam bewältigt. Durch die wechselseitige Abhängigkeit, auch mit übergeordneten Systemen, ist eine einfache Ursache-Wirkungszuschreibung nicht mehr möglich. Zirkuläre (kreisförmige) Prozessmodelle dienen hier einer besseren Beschreibung (Becker, 1995). Im 5. Kapitel werden systemische Ansätze als Grundlage der systemisch-lösungsorientierten Gesprächsführung und Beratung vertiefend behandelt.

Durch die Betonung des wechselseitigen Austauschs von Ressourcen und der Unterscheidung von internen und externen Anforderungen und Ressourcen auf verschiedenen Systemebenen kann das Modell bei der Beschreibung von Interventionen genutzt werden. Das Modell bietet viele Anknüpfungspunkte zur Entwicklung von Präventionsmaßnahmen. Zunächst kann an den externen Anforderungen angesetzt, also die Arbeitsgestaltung verändert werden. So können im Krankenhaus gesundheitsbeeinträchtigende Belastungen verringert werden, indem die Arbeitszeitgestaltung flexibel gestaltet wird, Arbeitsabläufe reorganisiert werden usw. (Glaser et al., 2005, S. 12). Interne Anforderungen können durch eine verbesserte Befriedigung grundlegender Bedürfnisse (z.B. nach Selbstwert, Bindung und Autonomie) der Mitarbeiter Berücksichtigung finden (Becker, 2006; Grawe, 2004, siehe auch Kapitel 4). Interne Ressourcen können unter anderem durch Stressbewältigungstrainings stimuliert werden (siehe z.B. Übersicht von Jerusalem, 2001), externe Ressourcen z.B. durch soziale Unterstützung, wie sie in Supervision und Coaching vermittelt wird, bereitgestellt werden.

3.3 Empirische Befunde zu Gesundheit und Stress in Pflegeberufen

Es ist auffallend, dass zu den positiven Auswirkungen der psychischen Beanspruchung wesentlich weniger Untersuchungen und Befunde existieren als zu den negativen Auswirkungen. Dies kann als ein Ausdruck des Paradigmas gesehen werden, in dem sich die Forscher auf diesem Gebiet bewegen. Schon in der Formulierung der ersten Forderung nach einer humanen Arbeitsgestaltung kommt dies zum Ausdruck: Hier hat „Schädigungslosigkeit“ oberste Priorität. Es fehlt aber eine positive Zielformulierung, die den Blick auf salutogene Faktoren lenken könnte. Der Ansatz der „negativ formulierten Gesundheit“ als das Fehlen von Krankheit wurde vielfach kritisiert (z.B. Becker, 2006).

3.3.1 Positive Auswirkungen der Arbeitsbeanspruchung

Rudow (2000) unterscheidet *positive Beanspruchungsreaktionen* wie Erfolgs- und so genannte „Flow“-erlebnisse einerseits und *positive Beanspruchungsfolgen* wie Arbeitszufriedenheit oder neue Handlungsmuster andererseits. Zu den allgemeinen positiven Auswirkungen psychischer Beanspruchung auf den Menschen zählen nach Wieland & Baggen (1999) der Erwerb und Erhalt von:

- 1) Fähigkeiten und Fertigkeiten
- 2) Arbeitsmotivation
- 3) Wohlbefinden

Die Arbeitstätigkeit kann wesentliche Bedürfnisse des Menschen befriedigen und so zur Gesunderhaltung beitragen. Diese positiven Folgen werden oft mit dem Begriff der „psychosozialen Funktionen der Arbeit“ bezeichnet. Diese sind nach Semmer & Udrys (2004):

- 1) *Aktivität und Kompetenz*: bei der Aufgabenerfüllung werden Kenntnisse und Fähigkeiten erworben
- 2) *Zeitstrukturierung*: sowohl der Lebensarbeitszeit als auch im kleineren Rahmen des Tages (z.B. Mahlzeiten, Freizeit etc.).
- 3) *Kooperation und Kontakt* mit anderen Menschen zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse und Förderung sozialer Kompetenzen. Dazu gehört auch die soziale Anerkennung
- 4) *Identität und Selbstwertgefühl*: die Berufsrolle und die Arbeitsaufgabe fördern Selbstwertgefühl und die Selbstverwirklichung.

Diese Funktionen scheinen die Berufsanfänger in Pflegeberufen im Blick zu haben, wenn sie sich für eine Berufsausbildung in diesem Berufsfeld entscheiden. In einer 1992 durchgeführten Studie von Mahnkopf (in Engelkamp, 2001, S. 41) wurden Berufsanfänger des Altenpflegeberufes nach ihrer Motivation befragt. Die meisten Zustimmungen erhielten dabei folgende Itemgruppen:

- Spaß/Freude: Helfen wollen, Bestätigung erhalten, Arbeit mit Menschen (44,4%)
- Beziehung aufbauen, Gespräche führen, etwas bewirken können (16,9%)
- Lebensaufgabe: Traumberuf, Berufung, sinnvolle Tätigkeit (5,6%)

Insgesamt überwog in der Untersuchung deutlich die intrinsische Motivation für den Berufseinstieg. Es werden bei Engelkamp (2001) weitere Untersuchungen aufgeführt, die alle zum

gleichen Ergebnis kommen: Das entscheidende Motiv für das Ergreifen des Pflegeberufes ist das „Helfen wollen“. Dies ist zwar ein undifferenziertes, aber sicherlich soziales Motiv, welches vor allem die obigen Funktionen „Kooperation und Kontakt“ sowie „Identität und Selbstwertgefühl“ anspricht. Diese Faktoren können nur dann wirksam werden, wenn die im Abschnitt 2.1 genannten und positiv formulierten Kriterien für die Persönlichkeitsförderlichkeit von Arbeitstätigkeiten wie *Anforderungsvielfalt*, *Möglichkeit zur Kooperation*, *Autonomie*, *Lern- und Entwicklungschancen* sowie *Sinnhaftigkeit* erfüllt sind. Schließlich sei noch angemerkt, dass eine persönlichkeitsförderliche Arbeitgestaltung über den Weg einer gesteigerten Motivation zur Leistungssteigerung führen kann (Hacker, 1998).

Mit dem Ziel, ein Screeningverfahren für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus zu entwickeln, befragten Büssing, Glaser & Höge (1999) Beschäftigte im Bereich der Krankenpflege. Zusätzlich wurden verschiedene Formen der Arbeitszufriedenheit mit Hilfe des *Arbeitszufriedenheitskurzfragebogens* (AZK) von Bruggemann in der Fassung von Büssing (1992b) erhoben. Die ersten drei Items erfassen die allgemeine Arbeitszufriedenheit. Es ergaben sich folgende Werte (Wertebereich 1-5):

- 1) Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? (Mittelwert 3.45)
- 2) Mögen Sie Ihre derzeitige Arbeit? (Mittelwert 3.72)
- 3) Diese Stelle ist genau das Richtige für mich, weil ich mich hier wirklich wohl fühle. (Mittelwert 3.28)

Die Werte sprechen für eine insgesamt relativ hohe allgemeine Zufriedenheit mit der Arbeit. Nach Bruggemann (1976) differenziert der Fragebogen weiter in:

- Stabilisierte Arbeitszufriedenheit: Zufriedenheit durch nicht zu hohe Ansprüche
- Progressive Arbeitszufriedenheit: Zufriedenheit wird erlebt, aber durch Anheben des Anspruchsniveaus ist mit einer „kreative Unzufriedenheit“ zu rechnen
- Resignierte Arbeitszufriedenheit: Zufriedenheit durch abgesenkte Ansprüche
- Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit: Unzufriedenheit, aber aktives Herangehen an die Ursachen und hohe Änderungsmotivation
- Fixierte Arbeitsunzufriedenheit: Unzufriedenheit durch Aufrechterhalten des Anspruchsniveaus bei geringer Änderungsmotivation
- Pseudo-Arbeitszufriedenheit: Zufriedenheit durch „Schönreden“ oder Leugnung der Arbeitssituation

Hier zeigten sich leicht erhöhte Werte für resignative Zufriedenheit (von zwei Items eines > 3) und relativ niedrige Werte (deutlich < 3) für fixierte und konstruktive Unzufriedenheit sowie für progressive und stabilisierte Zufriedenheit (Büssing et al., 1999, S. 79). *Zusammenfassend* kann für die untersuchten Krankenpflegekräfte festgehalten werden, dass sie im mittleren Zufriedenheitsbereich liegen, die Arbeitstätigkeit also zumindest in Ansätzen in der Lage ist, die oben angesprochenen psychosozialen Funktionen der Arbeit zu erfüllen, also gesundheitlichen Nutzen erbringen kann.

3.3.2 Negative Auswirkungen der Arbeitsbeanspruchung

Belastungen bzw. Stressoren, wie sie in Kap. 2 dargestellt wurden, beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden und können sich in Symptomen wie Angst, Depressionen oder psychosomatischen Beschwerden äußern (Dunckel & Semmer, 1987). Beanspruchungs- und Stressfolgen lassen sich entlang einer Zeitlinie als kurz-, mittel- oder langfristig klassifizieren. Arbeitsbelastungen, die über einen längeren Zeitraum hinweg alltäglich auf eine Person wirken, können zu dauerhaften Beeinträchtigungen der psychophysischen Gesundheit beitragen. Für Pflegekräfte typisch sind hierbei Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, Nervosität, innere Unruhe, Kopfschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden (z.B. Büssing et al., 1999). In Anlehnung an die Konzeption von Büssing (1999) sollen in vorliegender Arbeit nur die Fehlbeanspruchungsreaktionen als Stressreaktionen bezeichnet werden, nicht jedoch die positiven Beanspruchungsfolgen.

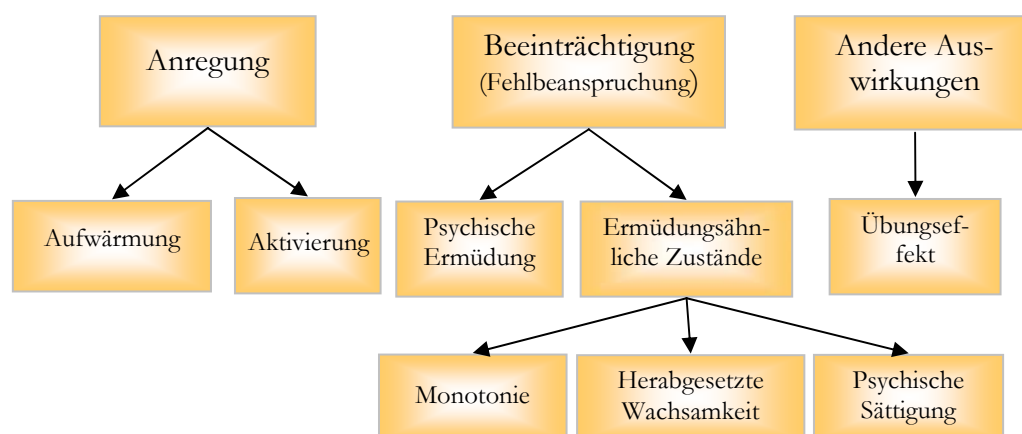


Abb. 5: Anforderungen, Belastung und Beanspruchung nach Hacker (1999)

Als *kurzfristige Stressreaktionen* können die in der DIN EN ISO 10075 -1 definierten negativen Auswirkungen psychischer Beanspruchung *psychische Ermüdung* und ermüdungsähnliche Zustände wie *Monotonie*, *herabgesetzte Wachsamkeit* und *psychische Sättigung* genannt werden (DIN,

2000). Diese kurzfristigen Stressreaktionen sind noch keine Hinweise auf eine Erkrankung, sind also präklinisch. Ein Kennzeichen der kurzfristigen Stressreaktionen ist, dass sie relativ schnell reversibel sind z.B. durch Ruhepausen (Büssing et al., 2003). Jedoch können bereits nach relativ kurzer Zeit wichtige körperliche oder psychische Systeme aus dem Gleichgewicht geraten und Parameter wie z.B. Blutdruck oder Cortisolspiegel erhöht sein. Dies ist dann der Fall, wenn die Erschöpfungszustände nicht mehr durch Pausen ausgeglichen werden können (Büssing & Glaser, 2003). In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass es ein großes Problem der Stressforschung ist, zuverlässige Indikatoren präorbider Stressreaktionen zu finden, die eine Erkrankung bereits vor ihrer Manifestation vorhersagen können. Solche Indikatoren sind jedoch sehr wichtig, um rechtzeitig zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen einzuleiten (Becker, 2006).

In Tab. 1 ist abschließend eine allgemeine Zusammenstellung kurz-, mittel- und langfristiger (negativer) Stressfolgen für Körper, Psyche und Verhalten wiedergegeben (Udris & Frese, 1999).

	Kurzfristige, aktuelle Reaktionen	Mittel- bis langfristige chronische Reaktionen
physiologisch, somatisch	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhte Herzfrequenz - Erhöhter Blutdruck - Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen - Unzufriedenheit - Resignation - Depression - Burnout
psychisch, kognitiv-emotional	<ul style="list-style-type: none"> - Anspannung, Nervosität, innere Unruhe - Frustration - Ärger - Ermüdungs-, Monotonie-, Sättigungsgefühle 	
Verhalten, individuell	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsschwankungen - Nachlassen der Konzentration - Fehlhandlungen - Schlechte sensumotorische Koordination - Hastigkeit und Ungeduld 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum - Fehlzeiten (Krankheitstage) - Innere Kündigung
Verhalten, sozial	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhte Reizbarkeit - Konflikte - Mobbing - Streit - Aggressionen gegen andere - Rückzug (Isolierung) innerhalb und außerhalb der Arbeit 	

Tab. 1: Kurz-, mittel- und langfristige Stressreaktionen (nach Udris und Frese, 1999)

3.3.3 Empirische Studien zu den Folgen von Stress in der Pflege

Inwieweit die Pflegeberufe von Störungen einzelner Subsysteme betroffen sind, zeigen empirische Untersuchungen zum Gesundheitszustand der Pflegekräfte. Im Folgenden sollen exemplarisch aktuelle Ergebnisse dargestellt werden.

3.3.3.1 Krankenpflege

Hier soll die in Kapitel 2.3.1 zitierte Studie der DAK (in Zusammenarbeit mit der BGW) unter dem Aspekt der Beanspruchung erneut aufgegriffen werden (Grabbe et al., 2005). Die Befragten, 4000 zufällig ausgewählte Probanden in der stationären Krankenpflege, beantworteten eine 24 Items umfassende Beschwerdeliste. An der Spitze standen wie schon bei der vorherigen Befragung 1999 Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule. Bei den psychosomatischen Beschwerden war ein interessantes Ergebnis, das jüngere Arbeitnehmer häufiger von Ermüdungsgefühlen geplagt waren als ältere. Man kann bei den älteren Arbeitnehmern ein größeres Ressourcenpotential vermuten, wobei in der Studie nicht nach spezifischen Ressourcen gefragt wurde, die den älteren Arbeitnehmern zur Verfügung stehen, wie z.B. eine höhere Rangstellung in der Krankenhaushierarchie. Für Arbeitnehmer gleich welchen Alters galt in der Untersuchung, dass eine höhere Ermüdung durch die Arbeitstätigkeit in engem Zusammenhang mit einer erhöhten Symptombelastung stand (Grabbe et al., 2005, S. 50 f.). Der Krankenstand der in der DAK krankenversicherten stationären Pflegekräfte lag im Jahr 2003 mit 3,9 % über dem allgemeinen Durchschnitt aller DAK-Versicherten von 3,5 %, wobei nur 46,2 % keine einzige Krankmeldung einreichten (gegenüber 54,2 % beim allgemeinen Durchschnitt). Ebenso war die Falldauer höher (12,5 bei den Pflegekräften versus 11,5 Tage als Gesamtdurchschnitt). Damit waren die stationären Pflegekräfte häufiger und länger krank als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten. Die Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit machten Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen aus. Diese lagen wesentlich höher als beim Gesamtdurchschnitt aller bei der DAK Versicherten. Das Verhältnis lag für Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 1,3 und für psychische Erkrankungen bei 1,2 (Grabbe et al., 2005, S. 123).

Zusammenfassend kann für stationäre Krankenpflegekräfte eine deutlich erhöhte Inzidenzrate von Befindlichkeitsstörungen wie Kopf- und Muskelschmerzen, Nervosität sowie Magen- und Darmbeschwerden als gesichert gelten. Diesen Beschwerden gehen kurz- bis mittelfristige Ermüdungsreaktionen voraus. Zudem ist die Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen gegenüber durchschnittlichen Arbeitnehmern erhöht, was durch Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen verursacht ist.

3.3.3.2 Altenpflege

Über die gesundheitliche Situation von stationären Altenpflegekräften liegen relativ neue Daten aus dem „Gesundheitsreport 2003 Altenpflege“ (Berger & Nolting, 2003) vor, der von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) herausgegeben wurde. Die beiden entscheidenden Ergebnisse des Berichts sind, dass der psychische Gesundheitszustand von Altenpflegekräften gegenüber dem Durchschnitt der Arbeitnehmer um 11,9 % schlechter ist und diese wesentlich stärker unter psychosomatischen Beschwerden (+44,3 %) leiden (Berger & Nolting, 2003, S. 13). Abb. 6 und 7 geben einen Überblick über die Daten der Studie.

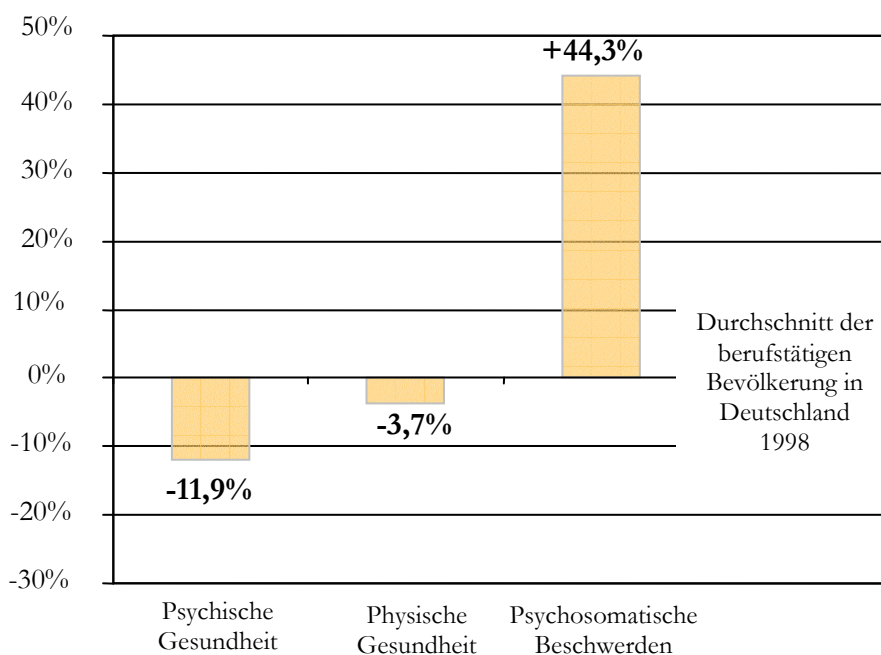


Abb. 6: Gesundheitsdaten von Altenpflegekräften (Berger & Nolting, 2003)

Der „Gesundheitsreport 2003 Altenpflege“ schlüsselte den psychischen Gesundheitszustand nach der Stressbelastung auf. Es zeigte sich wie erwartet ein sehr starker Zusammenhang von selbstberichteter Stressbelastung und psychischem Gesundheitszustand (siehe Abb. 7). Von Zimmer (1998) stammt eine Metaanalyse zur Beanspruchungssituation bei Altenpflegern in Deutschland. Zusammenfassend werden als Hauptfolgen der Beanspruchung in der Altenpflege Burnout (siehe Abschnitt 3.4), psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden und eine hohe Mitarbeiterfluktuation genannt (Zimmer, 1998, S. 417).

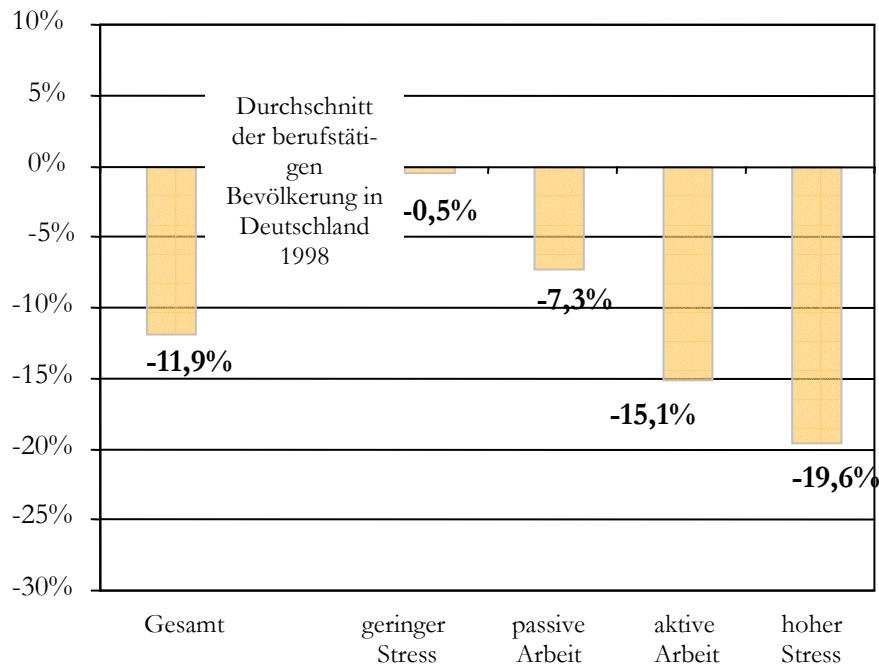


Abb. 7: Gesundheitsdaten von Altenpflegekräften (Berger & Nolting, 2003)

Als hauptsächliche körperliche Beschwerden wurden in den untersuchten Studien ermittelt (Zimber, 1998):

- 1) Rückenbeschwerden
- 2) Kopfschmerzen
- 3) Ein- und Durchschlafstörungen

Als häufigste Erkrankungsarten wurde über alle Studien hinweg genannt:

- 1) Krankheiten der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates (57 %)
- 2) Herz-Kreislauf-Krankheiten (48 %)
- 3) Allergien (30 %).

Es verwundert nicht, dass die Stressoren „zu geringe Personalausstattung“, „hoher Zeitdruck“ und „schlechter Führungsstil“ mit einer höheren Beanspruchung einhergingen und sich enge Zusammenhänge zwischen Bluthochdruck und Magen-Darm-Erkrankungen einerseits und Burnout-Indikatoren andererseits ergaben (Zimber, 1998). Dieses Bild wird durch Befunde von Glaser et al. (2005) ergänzt, wonach soziale Stressoren wie „schwierige Altenheimbewohner“ negativ mit der psychischen Gesundheit korrelieren.

Als *Fazit* lässt sich festhalten, dass der Gesundheitszustand von Altenpflegekräften besonders beunruhigend ist und dass in diesem Bereich der Zusammenhang von Erkrankungen mit Arbeitsstress sehr deutlich ist.

3.3.3.3 Ambulante Pflege

Büssing et al. (2003) untersuchte die Beanspruchungssituation von 160 stationären und 721 ambulanten Krankenpflegekräften mit dem Ziel, Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege auszumachen. Es zeigten sich mittlere Ausprägungen von Gereiztheit/Belastetheit und Burnout in der ambulanten wie in der stationären Pflege, wobei die Kollegen in der ambulanten Pflege weniger unter dem Burnout-Syndrom litten als in der stationären Pflege. Die körperliche und psychische Gesundheit der ambulanten und der stationären Pflegekräfte war etwas unterdurchschnittlich, gemessen an der deutschen Allgemeinbevölkerung, jedoch bezeichnen Büssing et al. (2003) diese Abweichung nicht als relevant.

In einer weiteren Studie, die zum Zweck der Entwicklung und Validierung eines Belastungsscreenings durchgeführt wurde, fanden Büssing, Höge, Glaser und Heinz (2002b) nur geringe Anzeichen für eine hohe psychophysische Beanspruchung ambulanter Pflegekräfte. Die Indikatoren für Gereiztheit/Belastetheit und das Burnout-Syndrom waren eher niedrig bis normal ausgeprägt. Als einziges Problem machten sie die starke Beanspruchung der Rücken-, Nacken- und Schultermuskulatur verbunden mit Schmerzen in diesem Bereich durch Tätigkeiten wie Heben, Lagern und Tragen der Patienten aus (Büssing et al., 2002b, S. 103).

Insgesamt sind einige Stressfolgen, die sich in Zusammenhang mit der stationären Organisation ergeben, bei den ambulanten Pflegekräften nicht gegeben. Soziale Stressoren, die sich aus der Hierarchie eines stationären Betriebes ergeben, fallen bei den ambulanten Pflegediensten weg. Als Ressource spielen hier wahrscheinlich erhöhte Freiheitsgrade bei der Einteilung und Ausgestaltung der täglichen Arbeit eine Rolle. Die Rolle der Ressourcen, die den Pflegenden zur Verfügung stehen und die Stressreaktionen abmildern oder gar vermeiden können, wird im 4. Kapitel diskutiert.

3.4 Burnout in der Pflege alter und kranker Menschen

Es wird kurz das Konstrukt *Burnout* dargestellt und die Validität seiner drei Komponenten kritisch betrachtet. Daran schließen sich empirische Befunde zu Burnout in Pflegeberufen an.

3.4.1 Begriff des Burnout-Syndroms

Der Begriff *Burnout-Syndrom* oder deutsch „Ausgebranntsein“ wurde im wissenschaftlichen Sinne erstmals 1974 von dem Psychoanalytiker Herbert Freudenberger und ein Jahr später von Christiana Maslach verwendet (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, S. 399). Der für Angehörige psychosozialer Berufe typische Erschöpfungszustand entwickelt sich aus einer emotionalen Überforderung heraus. Ursprünglich war der Begriff für helfende Tätigkeiten reserviert, da ein Burnout-Syndrom z.B. für Angehörige technischer Berufe eher unwahrscheinlich ist, da es hier nur ein Mindestmaß an emotional und kommunikativ anspruchsvollen Kontakten gibt. Diese emotional-interaktionale Komponente ist dafür verantwortlich, dass insbesondere Angehörige der Pflegeberufe ein hohes Burnout-Risiko tragen. Besonders bei intensiven zwischenmenschlichen Kontakten kann es zu einer quantitativen Überforderung, z.B. wenn zu viele Patienten zu pflegen sind, oder qualitativen Überforderung, z.B. bei schwierigen oder psychotischen Patienten, kommen.

Die Studien zur Prävalenz des Burnout-Syndroms reichen von 10 bis 22 % der Mitarbeiter in belastenden Berufen, wobei vor allem Pflegekräfte und Lehrer untersucht wurden (Schmitz, 2001). Bekannt wurde das Burnout-Syndrom vor allem durch die Arbeiten von Maslach und Jackson (1981, 1986), die drei Komponenten postulieren:

- 1) Emotionale Erschöpfung
- 2) Depersonalisation, das heißt zynischer und „entpersönlichter“ Umgang mit Klienten
- 3) Reduzierung der Leistungsfähigkeit und des Selbstwirksamkeitserlebens (häufig „reduzierte persönliche Erfüllung“ genannt)

Schaufeli, 1992, S. 84, beschreibt folgendes Model der Burnout-Entstehung (siehe Abb. 8):

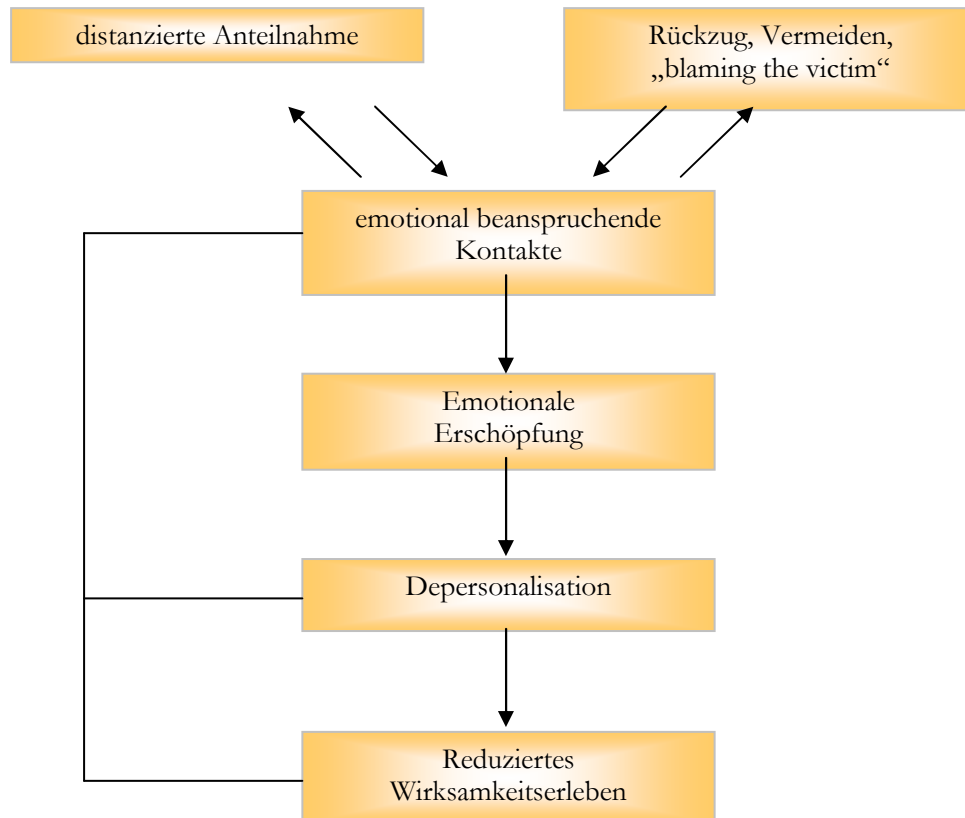


Abb. 8: Die Entstehung von Burnout (eigene Darstellung nach Schaufeli, 1992)

Wieso kommt es bei manchen, aber nicht allen Individuen zu diesen Verhaltensweisen und Zuständen? Zur Beantwortung dieser Frage muss man neben den belastenden Faktoren auch die Ressourcen berücksichtigen: Burnout ist aus ressourcentheoretischer Perspektive als Prozess zu verstehen, in dessen Verlauf einem Schwinden von Ressourcen keine adäquaten Zugewinne an Ressourcen gegenüberstehen. Hier vermag die Ressourcenbewahrungstheorie von Hobfoll einen zusätzlichen Erklärungsbeitrag leisten. Sieht sich beispielsweise eine Pflegeperson tagtäglich mit fordernden Patienten konfrontiert, die ihr viel Emotionsarbeit abverlangen, verfügt aber nicht über die notwendigen Bewältigungsressourcen wie z.B. soziale Unterstützung der Kollegen und der Vorgesetzten, könnte dies eine Ressourcenverlustspirale in Gang setzen. In der Folge trifft sie auf dieselben Anforderungen mit einem reduzierten Ressourcenpool, was die Bewältigung der schwierigen Situationen noch mehr erschwert. Im Modell der Ressourcenbewahrung gehen hierbei kognitive Bewertungen (z.B. „ich schaffe das nicht“) in die tatsächlichen Ressourcenverluste mit ein, insofern spielt es keine Rolle, ob ein tatsächlicher oder vermeintlicher Ressourcenverlust vorliegt. In der Realität wird wahrscheinlich beides gleichzeitig vorliegen.

Zur Messung des Burnouts entwickelten Maslach und Jackson einen Fragebogen, das *Maslach-Burnout-Inventory* (MBI), welches neben den drei Komponenten im Fragebogen „Betroffenheit“, als vierte beinhaltet. Diese ist jedoch nur optional ist und nicht zwangsläufig zu bearbeiten. Das MBI, ursprünglich für den sozialen Kontext mit Klienten bzw. Patienten reserviert, wurde später als MBI-G („G“ für *general*) auf den allgemeinen Arbeitskontext übertragen (Maslach et al., 2001). An die Stelle von emotionaler Erschöpfung tritt die Erschöpfung als originäre Stressvariable, an die Stelle von Zynismus gegenüber Klienten tritt der Zynismus gegenüber der Arbeit.

3.4.2 Kritische Betrachtung der Validität des Konstrukts „Burnout“

Die Faktorenstruktur des MBI ist vielfach kritisch diskutiert worden. Die Kritik betrifft vor allem die Frage nach der Eigenständigkeit der „Depersonalisation“, die sich in der gegenwärtigen Formulierung mit der Skala „emotionale Erschöpfung“ überschneidet. Hier sind die Neuformulierung bzw. Ergänzung weiterer Items notwendig. Die Skala „Betroffenheit“ ließ sich in den meisten Studien nicht als eigenständig nachweisen. Diese Skala sollte entweder aus der dem MBI entfernt oder völlig neu konzipiert werden (Neubach & Schmidt, 2004). Demerouti und Nachreiner (1996) überprüften die Faktorenstruktur des MBI und fanden lediglich eine Zweifaktoren-Lösung, wobei die Items für „emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ zusammen auf einem ersten Faktor luden und in die Items für „Reduzierte Leistungsfähigkeit“ auf einem zweiten. Leiter (1993) schlägt ein Modell vor, in dem die Nähe der beiden Dimensionen „Depersonalisation“ und „emotionale Erschöpfung“ durch eine Mediatorfunktion der emotionalen Erschöpfung erklärt wird. Hiernach wirken die Arbeitsbelastungen zunächst auf die emotionale Erschöpfung, da sie Ressourcen aufbrauchen. Die Wirkung der Arbeitsbelastungen auf die Depersonalisation erfolgt also indirekt. Dieses Modell wurde von Neubach und Schmidt (2004) an einer Stichprobe von 310 Mitarbeitern der stationären Altenpflege bestätigt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Struktur des Konstrukts „Burnout“ keineswegs eindeutig ist und Anlass zu weiteren Forschungsvorhaben gibt.

3.4.3 Empirische Befundlage zu Burnout

Zahlreiche Untersuchungen belegen ein erhöhtes Burnout-Risiko für Beschäftigte im Pflegebereich (für eine Übersicht siehe Zimmer, 1998). Bei zusammenfassenden Analysen zeigen sich im Durchschnitt mittelstarke Ausprägungen für den Bereich der Pflege (Büssing & Glaser, 1999a). Diese Ergebnisse sind jedoch nur Durchschnittswerte und sollten nicht über das reale Risiko hinwegtäuschen, zumal hier Selektionsprozesse wirksam sind. Manche betroffene Pfle-

gekräftete wechseln den Arbeitsplatz oder befinden sich im Krankenstand. So fallen sie aus der Statistik heraus, da sie nicht befragt werden. Die verbliebenen Pflegekräfte stellen dann eine bereits vorselektierte, gesündere Stichprobe dar (sog. „healthy worker effect“).

(Buchwald et al., 2004) zitiert eine Studie zum Burnout bei Krankenschwestern von Van Yperen, Buunk und Schaufeli (1992), die bei Krankenschwestern dann eine erhöhte Burnout-Wahrscheinlichkeit fanden, wenn sich deren Erwartungen an sozialen Austausch nicht erfüllten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den ressourcentheoretischen Stressmodellen sowie den Befunden zur protektiven Funktion der sozialen Unterstützung (siehe Kap. 4.).

Können empirische Studien etwas über das Zustandekommen von Burnout-Symptomen aussagen? Hier sind vor allem Längsschnittstudien interessant, mit denen sich auch kausale Zusammenhänge im Zeitverlauf überprüfen lassen. In einer Längsschnittstudie bei Alten- und Krankenpflegekräften wurden „Zeitdruck“, „Erfolgsunsicherheit“ sowie „Interaktion mit Klienten“ als Prädiktoren von Burnout ermittelt (Zimber, 1998, S. 422). Maslach et al. (2001) referieren Ergebnisse empirischer Untersuchungen, nach denen ein enger Zusammenhang zwischen Erschöpfung und Zynismus einerseits und Überforderung und sozialen Konflikten andererseits besteht. Die reduzierte Leistungsfähigkeit hängt nach diesen Ergebnissen eher mit einem Mangel an Ressourcen zusammen.

In einer Zwillings-Studie wurde der Frage nachgegangen, ob genetische Faktoren eine Rolle bei der Entstehung von Burnout spielen. Das Ergebnis war, dass Burnout zwar gehäuft in Familien auftritt, aber dies auf die gemeinsame Umgebung zurückzuführen ist. Es scheint keine genetische Prädisposition für Burnout zu geben (Middeldorp, Cath & Boomsma, 2006).

Auf der Grundlage von Hobfolls Theorie der Ressourcenbewahrung (z.B. 1989) unterscheidet Buchwald (2004) im so genannten *Multiaxialen Copingmodell* den prosozialen und den antisozialen Stil der gemeinsamen Stressbewältigung. Eine Untersuchung im Kontext der psychosozialen Beratung erbrachte, dass Berater, die vornehmlich so genannte prosoziale Coping-Strategien einsetzten, also mit ihren Klienten zusammen Lösungen erarbeiteten, im Gegensatz zu Beratern, die aggressiv-antisoziale Bewältigung bevorzugten, weniger unter Burnout litten (Buchwald, 2004).

3.5 Fazit zum Gesundheitszustand in Pflegeberufen

Der Gesundheitszustand von Pflegekräften wurde vielfach erforscht und erweist sich in deutschen sowie internationalen Studien als sehr kritisch (z.B. Büssing et al., 1999; Grabbe et al., 2005; Zimmer, 1999). Kurzfristige Beanspruchungsreaktionen wie Ermüdungszustände führen mittel- bis langfristig zu Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, Nervosität, Kopfschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden. Hierbei gilt: Je höher die Ermüdung durch die Arbeitstätigkeit, desto höher die Symptombelastung (Grabbe et al., 2005). Die Beschwerden und Erkrankungen wirken sich auch auf den Krankenstand aus, der bei Pflegekräften um ca. 4 % höher liegt als der allgemeine Durchschnitt. Häufig werden ungünstige Arbeitsbelastungen wie schweres Heben und Lagern von Patienten als Ursachen genannt. Doch diese Befindlichkeitsstörungen sind auch typisch für psychosomatische Erkrankungen ohne klare körperliche Ursache, bei denen Stress eine entscheidende Rolle spielt. Mittlerweile kann als gesichert gelten, dass Stress als entscheidende Ursache angesehen werden kann. So sind denn auch psychische Erkrankungen neben Wirbelsäulenbeschwerden die häufigste Krankschreibungsursache (z.B. Berger & Nolting, 2003). Die Hauptstressoren, für die ein Nachweis des Zusammenhangs mit Gesundheitsvariablen gelang, sind neben Zeitdruck und ungenügender Personalausstattung vor allem soziale Stressoren wie ein schlechter Führungsstil oder schwierige Patienten. Soziale Stressoren sind die Hauptursache für Burnout, ein Symptomkomplex aus Ermüdung, Zynismus bzw. Depersonalisation, sowie reduzierter Leistungsfähigkeit und Erfüllung. Auch hier belegen empirische Untersuchungen ein vielfach erhöhtes Risiko für Pflegekräfte (Schaufeli & Enzmann, 1998; Zimmer, 1998). Als Hauptursachen für Burnout wurden die Stressoren Zeitdruck, Erfolgsunsicherheit und die Interaktionen mit den Klienten ausgemacht (Zimmer, 1998).

Nicht alle Beschäftigten in der Pflege sind gleichermaßen von Stress und Burnout betroffen. So sind die Beschäftigten in der stationären Pflege im Durchschnitt mehr belastet als die Beschäftigten in der ambulanten Pflege (Büssing et al., 2003). Dies hängt mit spezifischen Stressoren, aber auch mit Ressourcen bzw. einem Mangel an Ressourcen zusammen, wie sie von den Stressor-Ressourcen-Modellen beschrieben werden. So werden z.B. in der stationären Pflege mehr organisationale Stressoren wirksam werden und es gibt weniger Freiheitsgrade für die Selbstorganisation. Für den Bereich der psychosozialen Beratung wies Buchwald (2004) einen Zusammenhang zwischen kooperativer Vorgehensweise und einem reduziertem Burnout nach. Mit der Frage, inwieweit Ressourcen abpuffernd und allgemein gesundheitsfördernd wirken und welche spezifischen Ressourcen als Grundlage einer ressourcenorientierten Prävention dienen können, befasst sich das folgende Kapitel.

4. Ressourcenorientierte Prävention von Stress und Burnout

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit der Frage, inwieweit Ressourcen einen Einfluss auf das Stressgeschehen haben, wobei der Schwerpunkt auf den internen Ressourcen liegt. Anschließend werden Befunde zu den Effekten spezifischer Ressourcen diskutiert. Am Ende des Kapitels werden als Fazit Anforderungen an eine ressourcenorientierte Präventionsmaßnahme formuliert.

4.1 Die Wirkung von Ressourcen im Stressprozess

Bei der Wirkung von Ressourcen lassen sich neben der direkten Wirkung von Ressourcen auf die Gesundheit bzw. die Stressreaktion grundsätzlich *Moderator-* und *Mediatorfunktion* (Höge, 2002) unterscheiden, die beide indirekt in den Stressprozess eingreifen. In den meisten Stressor-Ressourcen-Konzepten werden Ressourcen als Moderatorvariablen konzipiert, das heißt als veränderliche Größen, die neben anderen Variablen den Gesundheitszustand bzw. das Stressgeschehen beeinflussen. Die Stressoren stehen neben den Ressourcen, wobei implizit angenommen wird, dass viele Ressourcen auch viele Stressoren kompensieren können. Je nachdem, wie stark der Einfluss der Ressourcen ist, kann eine Stressreaktion gänzlich abgepuffert werden. Bei der oft beschriebenen „Pufferfunktion“ von Ressourcen sind diese als Moderatorvariable konzipiert. Im Gegensatz dazu kommt im Mediatormodell der Wirkung einer Ressource wesentlich mehr Bedeutung zu, da dann alleine vom Vorhandensein einer Ressource abhängt, ob der Einfluss eines Stressors gesundheitsschädlich ist oder nicht (Höge, 2002).

In Abb. 9 sind Moderator- und Mediatorfunktion von Ressourcen einander gegenübergestellt. Es wird in Moderatormodellen nichts über die Wirkmechanismen ausgesagt, da nur die Wirkung von Ressourcen oder Stressoren alleine auf die Stressreaktion oder die Wirkung der In-

teraktion zwischen Moderatorvariable (der Ausprägung der Ressource) und Stressoren auf das Kriterium (der Stressreaktion) interessiert. Mediatormodelle sind anspruchsvoller, da sie die Wirkung des Prädiktors auf eine Mediatorvariable (die Ressource) und außerdem die Wirkung des Mediators auf eine Kriteriumsvariable untersuchen. Dadurch können die vermittelnden Mechanismen untersucht werden, allerdings braucht es dazu auch anspruchsvollere Untersuchungsdesigns und Methoden wie z.B. regressionsanalytische Designs.

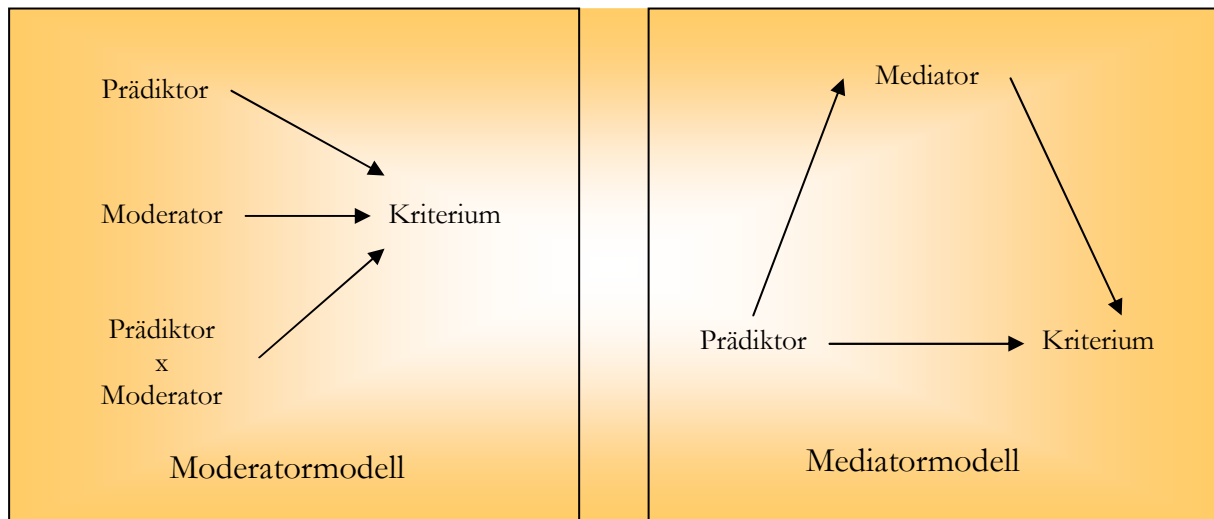


Abb. 9: Moderator- und Mediatormodell im Vergleich (eigene Darstellung nach Höge, 2002, S. 49).

In Abschnitt 2.1 wurden vollständige Arbeitsaufgaben, welche hohe Regulationsanforderungen an die arbeitende Person stellen, wegen ihrer Eigenschaft, beim Individuum Selbstwirksamkeitserfahrungen, erlebte interne Kontrolle und erhöhte Arbeitszufriedenheit auszulösen, als potenziell gesundheitsförderlich beschrieben (z.B. Büssing, 1999; Ulich, 2003). Im Gegensatz dazu wurden partialisierte Handlungen als potentiell gesundheitsschädlich und der Persönlichkeitsentwicklung abträglich eingestuft (Ulich, 2005). Es liegt jedoch auf der Hand, dass Freiheitsräume nur genutzt werden können, wenn die Arbeitnehmer auch über entsprechende Ressourcen verfügen. In diesem Sinne sind Ressourcen, vor allem persönliche Ressourcen wie Selbstwirksamkeitserfahrungen und interne Kontrolle, nicht nur Folgen, sondern auch Voraussetzung für den Erfolg arbeitsgestaltender Maßnahmen.

4.2 Klassifikation von Ressourcen

Die einfachste Einteilungsmöglichkeit zur Systematisierung von Ressourcen unterscheidet zwischen externen und internen Ressourcen (Richter & Hacker, 1998). Die organisationalen Ressourcen, die von Vertretern einer persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung im Rahmen der Arbeits- und Organisationspsychologie eingefordert werden (z.B. Ulich, 2003, 2005) zählen zu den externen Ressourcen, ebenso die sozialen Ressourcen. Soziale Ressourcen umfassen neben einem positiven Arbeitsklima vor allem die soziale Unterstützung, auch außerhalb der Arbeitstätigkeit. Die internen bzw. personalen Ressourcen, oft auch als persönliche Ressourcen bezeichnet sind veränderliche Persönlichkeitsvariablen wie z.B. die wahrgenommene Selbstwirksamkeit oder die proaktive Einstellung, aber auch stabile Konstrukte wie z.B. der dispositionale Optimismus oder die allgemeine Intelligenz einer Person.

In der Theorie der Ressourcenbewahrung wird zwischen Objektressourcen, Bedingungsressourcen, persönlichen Ressourcen und Energieressourcen unterschieden (siehe Abschnitt 3.2.3). Objektressourcen entsprechen der materiellen Teilmenge der organisationalen Ressourcen. Übertragen auf die Pflegeberufe sind dies z.B. die Ausstattung einer Klinik wie Hilfen beim Heben und Lagern von Patienten oder Kommunikationstechnologien. Dazu gehören aber auch persönliches Eigentum jedes einzelnen wie z.B. ein Einfamilienhaus oder das neue Auto. Bedingungsressourcen sind dagegen immaterieller Natur (z.B. Gesundheit, Bildungsabschluss, berufliche Position). Um sich Bedingungsressourcen zu erschließen, müssen oft andere Ressourcen investiert werden. So werden, um einen Bildungsabschluss zu erhalten, viel Zeit, „Nerven“ etc. investiert und auf andere angenehme Aktivitäten verzichtet (in der Betriebswirtschaft werden diese als „Opportunitätskosten“ für entgangene Gewinne alternativer Investitionsmöglichkeiten bezeichnet). Persönliche Ressourcen sind alle Fähigkeiten wie z.B. soziale Kompetenzen oder Eigenschaften wie z.B. salutogene Einstellungen (positive Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, proaktive Einstellung etc.). Als Energieressourcen bezeichnet Hobfoll vor allem Zeit und Geld, mit denen wiederum andere Ressourcen beschafft werden können (Hobfoll, 1989).

4.3 Spezifische Ressourcen gegen Stress und Burnout

Nachfolgend sollen exemplarisch wichtige Ressourcen gegen Stress und Burnout inhaltlich dargestellt werden. Dabei soll auf die Darstellung organisationaler Ressourcen verzichtet werden, da sie nicht Gegenstand dieser Arbeit sind. Im Mittelpunkt stehen persönliche Ressourcen

wie z.B. die wahrgenommene Kontrolle bei der Arbeitstätigkeit oder die Selbstwirksamkeitserwartung sowie soziale Ressourcen wie die Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen oder auch außerhalb der Arbeitswelt z.B. vom Lebenspartner.

4.3.1 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung als die wohl wichtigste Ressource gerade bei emotional belastenden Tätigkeiten wurde vielfach untersucht und ihre positive Wirkung auf Gesundheitsvariablen nachgewiesen (z.B. Dollard, Dormann, Boyd, Winefield & Winefield, 2003; Zimmer, 1998). Gerade bei der Vorbeugung von Burnout gilt soziale Unterstützung als entscheidender Faktor, der die Symptome emotionale Erschöpfung, Leistungsabfall und Depersonalisation abschwächen kann (Jenkins & Elliott, 2004). Auf der anderen Seite ist das Fehlen sozialer Unterstützung, im Extremfall Einsamkeit und Isolation, ein Risikofaktor, der eine dem Rauchen vergleichbare negative Wirkung hat (House, Landis & Umberson, 1988).

Nach einer Unterscheidung von House (1981) lässt sich soziale Unterstützung in emotionale, praktische und informationelle Unterstützung untergliedern. Diese unterschiedlichen Formen von sozialer Unterstützung können jeweils von verschiedenen Personen oder Gruppen angeboten werden. So hat jede Person im Idealfall ein Unterstützungsnetzwerk, in dem bestimmte Personen oder Gruppen für die emotionale, andere für die praktische und wieder andere für die informationelle Unterstützung „zuständig“ sind. Umgekehrt können bestimmte wichtige Personen aber auch alle Bereiche abdecken, z.B. kann der Ehepartner bei Problemen mit praktischer Hilfe, aber auch mit emotionaler Unterstützung und mit wertvollen Informationen unterstützend zur Seite stehen. Soziale Unterstützung kann auch von professionellen Dienstleistern angeboten werden. So ist bspw. die Psychotherapie der emotionalen und informationellen Unterstützung zuzuordnen, da sie normalerweise keine praktischen Hilfen anbietet. Gamsjäger und Sauer (1996) untersuchten Burnout bei 83 Hauptschullehrern in Österreich und fanden, dass erstens die soziale Unterstützung von Kollegen einen burnoutreduzierenden Effekt hatte und zweitens, dass die emotionale Unterstützung eine untergeordnete Rolle innerhalb kollegialer Beziehungen spielte. Die sachliche Unterstützung durch Kollegen war am ehesten in der Lage, Burnout vorzubeugen. Diese Ergebnisse sollten jedoch kontextspezifisch interpretiert werden. So spielen sicherlich das Schulklima und die Scheu, emotionale Bedürfnisse zu äußern sowie damit verbunden sozial erwünschte Antworten bei der Beantwortung entsprechender Fragen eine Rolle. Außerdem spielte die emotionale Unterstützung im privaten Bereich eine sehr große Rolle.

Das Konzept der Unterteilung in die drei Unterstützungsformen ist unscharf, denn wer z.B. durch finanzielle Unterstützung vor ernsthaften Schwierigkeiten bewahrt wird, fühlt sich sicherlich auch emotional sehr entlastet. Anders herum, wer nur emotionale Unterstützung erhält, wo dringend praktische Unterstützung nötig und möglich gewesen wäre, empfindet dies sicherlich nicht als befriedigend.

In der Metaanalyse von Zimmer (1998) zu Beanspruchung und Stress in der Altenpflege (siehe Kap. 3) werden Ergebnisse empirischer Studien zur protektiven Funktion sozialer Unterstützung zusammengefasst. Es wird eine Untersuchung von Gussy (1995) referiert, in welcher der moderierende Einfluss der sozialen Unterstützung auf einzelne Stressoren und auf Burnout pfadanalytisch nachgewiesen wurde. In der gleichen Metaanalyse wird eine Fragebogenstudie von Windisch (1991) zitiert, die ein gutes zwischenmenschliches Verhältnis der Mitarbeiter im Pflegedienst zur Stationsleitung als effektiven Puffer gegen berufliche Frustrationen nachwies. Schließlich führt Zimmer (1998) eine eigene Untersuchung an, in welcher ein positives Arbeitsklima und außerberufliche soziale Unterstützung mit einer geringeren Beanspruchung einherging.

In der in Abschnitt 3.3.1 referierten Untersuchung von (Büssing et al., 1999) wurden die Krankenpflegekräfte auch nach ihrer Einschätzung bezüglich sozialer Unterstützung befragt. Dabei wurden interessanterweise nicht die Kollegen am Arbeitsplatz, sondern nahe stehende Personen wie Freunde und Lebenspartner als am wichtigsten eingestuft.

Über die soziale Unterstützung hinaus geht das *soziale Coping*, welches eine gemeinsame Problembewältigung darstellt und davon ausgeht, dass die Verantwortung für die Lösung von Problemen bei allen Beteiligten liegt. Hier werden also alle Teilnehmer verpflichtet, ihre verfügbaren Ressourcen für die Problemlösung einzusetzen. Dieser Ansatz wurde für den Fall des dyadischen Copings (bei zwei Beteiligten) bei Studenten im Rahmen ihrer Prüfungsvorbereitung untersucht und die Stress reduzierende Wirkung nachgewiesen (Buchwald et al., 2004).

Zapf und Dormann (2004) weisen auf eine Einschränkung des Effektes der sozialen Unterstützung hin: Wird sie in einer ungeschickten Form angeboten oder ist der „Empfänger“ nicht bereit, unterstützt zu werden, so kann die soziale Unterstützung ins Gegenteil umschlagen und dem Adressaten z.B. das Gefühl vermitteln, alleine nicht klar zu kommen. Dies würde sich dann eher ressourcenschwächend auswirken. Allerdings sollte man sich klar machen, dass es

sich dann eben nicht um soziale Unterstützung, sondern nur um den Versuch der Unterstützung, handelt.

4.3.2 Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit oder genauer Selbstwirksamkeitserwartung einer Person bezieht sich auf die wahrgenommene eigene Kompetenz – jemand traut sich zu, in einer Situation kompetent zu agieren, also zu wissen, was zu tun ist. Das bedeutet nicht unbedingt, dass diese Kompetenzen und Handlungen zum Erfolg führen, aber die Person hegt die Erwartung, mit einer Situation und evtl. auftretenden Schwierigkeiten mittels eigener Kompetenzen fertig zu werden. Nach Bandura bezieht sich wahrgenommene Selbstwirksamkeit auf „Überzeugungen über diejenigen eigenen Fähigkeiten, die man benötigt, um eine bestimmte Handlung zu organisieren und auszuführen, um damit bestimmte Ziele zu erreichen“ (Schmitz & Schwarzer, 1999, S.11).

Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Kompetenzerwartungen (die Begriffe werden synonym gebraucht) gelten als wichtige personale Ressource gegen Stress und Burnout (Schmitz & Schwarzer, 1999). In vielen Studien ergaben sich günstige Effekte auf Gesundheitsvariablen (z.B. Schröder, 1997). Schwarzer (1998b) fasst in einem Artikel folgende Auswirkungen einer hohen bzw. niedrigen Ausprägung von Kompetenzerwartungen auf die physische und psychische Gesundheit und das Risikoverhalten zusammen:

- Patienten mit einer hohen Kompetenzerwartung können ihre Schmerzen besser kontrollieren als Patienten mit niedriger Kompetenzerwartung
- Selbstwirksamkeit steht in (negativem) Zusammenhang mit Blutdruck, Herzrate und Ausschüttung von Stresshormonen in bedrohlichen Situationen
- Selbstwirksamkeit beeinflusst das Gesundheitsverhalten positiv (z.B. Zahnhygiene, Gebrauch von Kondomen, kontrolliertes Trinken, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen)
- Personen mit einer hohen Kompetenzerwartung sind besser in der Lage als Personen mit niedriger Kompetenzerwartung, ein sportliches Trainingsprogramm, ein Ernährungsprogramm oder Gewichtskontrolle durchzuhalten

Im Einklang mit dem kognitiven Stressmodell von Lazarus (1981) und dem Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (Becker, 2006; Becker, Schulz & Schlotz, 2004b) fließt die Selbstwirksamkeit in den Vergleich der zu bewältigenden Anforderungen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Fällt diese Bewertung zugunsten der Ressourcen aus, ist ein Individuum motiviert, die Handlung auszuführen, also bestehende Hindernisse zu überwinden. Es

genügt nicht, dass ein Mensch über hohe Ressourcen verfügt, sondern er muss diese auch realistisch einschätzen. Werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen unterschätzt, dann unterbleiben auch Erfolge, weil die Person sich nicht zutraut, eine Aufgabe anzugehen. Hat eine Person eine hoch ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung, macht sie sich weniger Gedanken über Hindernisse, aber nicht, wie beim rein optimistischen Denken, weil „alles gut wird“, sondern, weil sie das Gefühl hat, trotz auftretender Schwierigkeiten damit fertig zu werden (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Dies kommt auch in der Itemformulierung zur Skala „allgemeine Selbstwirksamkeit“ zum Ausdruck. Typische Items lauten z.B. „Egal, was passiert, ich werde schon klarkommen“ oder „Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“ (Schwarzer & Jerusalem, 1999, siehe auch Abschnitt 8.3.2.5). Schmitz (2001) weist bei der Entwicklung von Burnout auf zwei Wirkrichtungen hin, die sich im Sinne einer Verlustspirale gegenseitig verstärken: Eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung wird zum Stressor und verschlimmert dadurch die Beanspruchung in Richtung „Ausgebranntsein“ und die Stressoren bzw. Belastungen bewirken ihrerseits einen Ressourcenverlust, in diesem Fall einen Verlust an Selbstwirksamkeit.

Im Rahmen des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen untersuchten (Schmitz & Schwarzer, 2000) die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung und Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Burnout bei ca. 300 Lehrern im Längsschnitt. Sie differenzierten das Konstrukt in *Lehrerselbstwirksamkeit*, *allgemeine Selbstwirksamkeit* und *kollektive Selbstwirksamkeit* und fanden direkte und indirekte protektive Effekte auf die Burnout-Symptomatik aller drei Formen der Kompetenzerwartung. Die indirekte Wirkung wurde durch günstigere subjektive Belastungseinschätzungen vermittelt.

4.3.3 Proaktive Einstellung

Proaktive Einstellung ist „Im Kern [...] eine optimistische Erwartung bezüglich der Umweltressourcen und der eigenen Ressourcen in Verbindung mit der Verantwortung, etwas tun zu müssen, und dem Bedürfnis, etwas bewirken zu wollen“ (Schmitz & Schwarzer, 1999). Diese Einstellung bezeichnet eine aktive, vorausplanende Herangehensweise an Aufgaben. Menschen mit einer hohen Ausprägung dieser Einstellungsvariablen fühlen sich für die Lösung von Problemen selbst verantwortlich. Im Modell der selbstregulativen Zielerreichungsprozesse (Schwarzer & Jerusalem, 1999) tritt die proaktive Einstellung neben die Selbstwirksamkeitserwartung und die Handlungs-Ergebnis-Erwartung und beeinflusst direkt die Zielsetzung.

Ist die proaktive Einstellung eine Ressource gegen Stress und Burnout? Schmitz und Schwarzer (1999) untersuchten Zusammenhänge der proaktiven Einstellung mit der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit sowie mit Belastung und Burnout und fanden erwartungsgemäß negative Beziehungen zu Belastungs- und Burnoutdimensionen und positive Beziehungen zur Kompetenzerwartung. Trotz inhaltlicher Überschneidungen gehen die Autoren von einem eigenständigen Erklärungsbeitrag des Konstrukts „proaktive Einstellung“ aus. Sie fanden weiterhin, dass die proaktive Einstellung für acht Prozent der Varianz (das entspricht einer Korrelation von .28) zwischen den untersuchten Schulen verantwortlich war. Im Einzelnen korrelierte die proaktive Einstellung mit den Burnoutdimensionen emotionale Erschöpfung zu $-.56$, mit verminderter Leistungsfähigkeit zu $-.63$ und mit Depersonalisation zu $-.40$ (Schmitz & Schwarzer, 1999). Als Fazit lässt sich festhalten: Hat eine Person eine hohe Ausprägung der proaktiven Einstellung, sollte sie weniger anfällig für Burnout sein.

Die proaktive Einstellung überschneidet sich mit anderen Konstrukten. So bestehen hohe Interkorrelationen mit der Selbstwirksamkeit, die man inhaltlich gut nachvollziehen kann, denn sowohl proaktive Einstellung als auch Selbstwirksamkeit beinhalten eine optimistische Erwartung bezüglich der zur Verfügung stehende Handlungskompetenzen bzw. Ressourcen (Schmitz & Schwarzer, 1999). (Schwarzer & Jerusalem, 1999) weisen auf Überschneidungen mit weiteren Konstrukten hin, so z.B. mit dem Konstrukt der *internalen Kontrolle*, welches die eigene Verursachung von Ereignissen betont (der Handelnde ist nicht Opfer, sondern Gestalter seiner Umwelt), oder dem Konstrukt des *dispositionalen Optimismus* (siehe Abschnitt 4.3.6), bei dem die positiven Lebensaussichten im Vordergrund stehen. Ebenso überschneidet sich die proaktive Einstellung mit dem Konzepts der Selbstbestimmung (self-determination) von Deci und Ryan (1995), das in Abschnitt 4.3.5 zur Autonomie beschrieben wird.

4.3.4 Berufliche und soziale Kompetenzen

Kompetenz ist ein Begriff, der sich auf zeitlich relativ stabile Fertigkeiten, Funktionen oder Fähigkeiten bezieht. Man kann Kompetenz von *Performanz* abgrenzen, welche das tatsächliche Erbringen einer bestimmten Leistung meint (Hasselhorn & Hager, 1998). Berufliche Kompetenzen werden häufig in *Fachkompetenz*, *Methodenkompetenz* und *Sozialkompetenz* unterteilt (Grandke, 1998). Im Rahmen des Kurses „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ sollte die *Beratungskompetenz* als Kompetenz trainiert werden, mit Patienten, Kollegen, Vorgesetzten usw. lösungsorientiert zu kommunizieren. Damit sind sowohl Fachkompetenz als auch soziale Kompetenz angesprochen, wobei diese bei Pflegetätigkeiten bzw. allgemein bei

personenbezogenen Dienstleistungen untrennbar verbunden sind. Die emotional-interaktionalen Tätigkeiten sind integraler Bestandteil von Pflegetätigkeiten und sind der Grund, warum gerade Angehörige der Pflegeberufe ein hohes Burnout-Risiko tragen. *Soziale Kompetenz* bzw. *soziale Kompetenzen* betreffen den Umgang mit anderen Menschen und sind von daher nicht nur ein sehr wichtiger Bestandteil der beruflichen Kompetenz in Pflegeberufen, sondern eine allgemeine Voraussetzung psychosozialer Gesundheit (Hinsch & Pfingsten, 1998).

Schmitt (2005) überprüfte ein Modell des „kompetenzabhängigen Belastungserlebens“ in Dienstleistungsberufen, wobei im Modell zwischen *personaler* Kompetenz (emotionale Stabilität, Belastbarkeit, Sensitivität) und *sozialer* Kompetenz (Soziabilität, Kontaktfähigkeit, Teamfähigkeit, Durchsetzungsstärke) unterschieden wurde. Es ergaben sich erwartungsgemäß negative Zusammenhänge zwischen der personalen Kompetenz einerseits und den Faktoren „empfundener emotionaler Stress“ und „Belastung durch Dienstleistungssituationen“. Hier wurde z.B. die Fähigkeit, sich in Stresssituationen selbst zu beruhigen, abgebildet. Die personale Kompetenz hatte keinen Einfluss auf die soziale Unterstützung. Die soziale Kompetenz hingegen wirkte sich negativ auf den empfundenen emotionalen Stress und, besonders interessant, positiv auf die *soziale Unterstützung* aus. Hiermit wird die vermittelnde Rolle der sozialen Kompetenz klar: Menschen, die in Interaktionen kompetent handeln und reagieren, erfreuen sich einer besseren Unterstützung, entweder, weil sie in der Lage sind, diese adäquat einzufordern, oder einfach, weil sie im Sozialkontakt angenehm, freundlich etc. sind, und ihnen von daher mehr Aufmerksamkeit und Hilfe zuteil wird.

4.3.5 Autonomie

Autonomie hat verschiedene Facetten. Als Persönlichkeitskonstrukt tritt sie in der Theorie von Deci und Ryan (z.B. 1995) in Erscheinung. Diese geht davon aus, dass Selbstbestimmung und Kompetenz grundlegende psychische Grundbedürfnisse sind, die gezielt gefördert werden können, um die Motivation z.B. in Unterrichtssituationen zu fördern. Im Wesentlichen entspricht dies der persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Ulich, 2003). Die Motivation kann z.B. durch externe Kontrolle oder negative Rückmeldungen verletzt werden. Neuere Befunde aus der klinischen Psychologie (Grawe, 2004) und Gesundheitspsychologie (Becker, 2006), wonach die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse nach Kontrolle und Selbstwertschutz bzw. Selbstwerterhöhung wesentlich für den Erhalt der psychischen Gesundheit sind, stützen diese Theorie.

Die Arbeits- und Organisationspsychologie hat in Bezug auf Autonomie am Arbeitsplatz zu-
meist Handlungs- und Entscheidungsspielräume bei der Arbeitstätigkeit untersucht. In den so
genannten *Whitehall-Studien* wurden 17.000 (in der ersten Studie, Beginn 1967) bzw. 10.000 (in
der zweiten Studie, Beginn 1985) Beschäftigte im öffentlichen Dienst in England auf ihre Ge-
sundheit untersucht und die Ergebnisse mit verschiedenen sozialen Variablen in Beziehung ge-
setzt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Erkrankungs- und Sterberisiko der Angestellten in der
Studie in hohem Maße von ihrer sozialen Schicht abhängig war. Das Risiko, an einem Herzin-
farkt zu sterben, war in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten sozialen Schicht etwa drei-
mal so hoch. Die Befunde werden mit der höheren Kontrolle bei der Arbeitstätigkeit in höhe-
ren Schichten erklärt (Marmot, Davey Smith & Stansfeld, 1991).

In der beschriebenen zusammenfassenden Studie von Zimmer (1998) zur Situation der Alten-
pflege in Deutschland werden folgende empirischen Befunde zusammengetragen:

- In einer Studie von Berger (1997) zeigte sich im Handlungs- und Gestaltungsspielraum ein zentraler protektiver Faktor
- Selbständigkeit und Verantwortung sind wichtige motivierende Faktoren in der Alten-
pflege (Muthny, Bermejo & v. Gierke, 1993)
- Spielräume in der Arbeitstätigkeit sind ebenfalls wichtige motivierende Faktoren in der
Altenpflege (Meifort & Becker, 1996)

Nach Hobfoll setzt beim Burnoutprozess ein schleichender Ressourcenverlust ein, der natur-
gemäß mit einem Gefühl des Kontrollverlusts einhergeht. Nach Maslach (1982a) kommen zu
diesem Gefühl der Hilflosigkeit noch Frustration und Wut und schließlich auch ein Gefühl
von Versagen und Inkompetenz. In Bezug auf Burnout ist davon auszugehen, dass die wahr-
genommene Kontrolle im Burnoutprozess abnimmt und mit der Zeit einer Hilflosigkeit
weicht, wodurch die Antriebslosigkeit und depressive Symptomatik von Burnout-Betroffenen,
die in der klinischen Psychologie unter anderem mit einer erlernten Hilflosigkeit erklärt wer-
den, verstehbar werden. Im Vorgriff auf ressourcenorientierte Präventionsmaßnahmen (siehe
Abschnitt 4.5) ist an dieser Stelle eine Stärkung der Autonomie ein wichtiger Ansatzpunkt.

Wie auch bei der sozialen Unterstützung weisen Zapf und Dormann (2001) auf negative Ef-
fekte eines erhöhten Handlungsspielraums hin: Eine höhere Autonomie geht häufig mit einer
erhöhten Verantwortungsübernahme einher, welche sich wiederum auch negativ auswirken
kann. Hier ist zu beachten, dass die Mitarbeiter über die entsprechenden internen Vorausset-

zungen, also z.B. Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen, für die externe, das heißt in der Arbeitsaufgabe liegende, Autonomieerhöhung verfügen.

4.3.6 Kohärenzgefühl

Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheitsvariablen wurden ebenfalls in zahlreichen Untersuchungen bestätigt. In einer aktuellen Literaturübersicht fassen Eriksson und Lindström (2006) wie folgt zusammen:

- 1) Das Kohärenzgefühl steht in engem Zusammenhang zur wahrgenommenen Gesundheit, ganz besonders zur wahrgenommenen psychischen Gesundheit
- 2) Je stärker das Kohärenzgefühl, desto besser die wahrgenommene Gesundheit
- 3) Diese Zusammenhänge gelten unabhängig von Geschlecht, ethnischer Herkunft, Nationalität und dem Studiendesign
- 4) Das Kohärenzgefühl hat einen direkten, einen moderierenden und einen mediierenden (Puffer-) Effekt auf die Gesundheit
- 5) Man kann mit dem Kohärenzgefühl die Gesundheit eines Menschen vorhersagen

In einer großen Studie zur Salutogenese ($N = 35.000$) untersuchte Grossarth-Maticek (1998), unter welchen Bedingungen bestimmte Menschen an Krebs erkranken, andere jedoch gesund bleiben. Er kam zu folgendem Ergebnis: Die Probanden, die sich als Gestalter ihres Lebens und als verantwortlich für ihre Handlungen sahen sowie die Unterstützung anderer in Anspruch nahmen, waren besser geschützt als die Probanden, die sich als Opfer der Umstände sahen (Grossarth-Maticek & Stierlin, 1998). Diese Ergebnisse sprechen für die Gesundheitsrelevanz des Kohärenzsinn, was durch entsprechende Befunde aus anderen Disziplinen, die ähnliche Konstrukte untersuchen, bestätigt wird. So gibt es aus der Motivationspsychologie Befunde zur so genannten „Gestalterhaltung“ (Kuhl, 2001), die bestätigen, dass Menschen, die ihr Leben aktiv und proaktiv gestalten, gesünder und zufriedener sind. Befunde zum Optimismus aus dem Bereich der klinischen Psychologie (z.B. Junge, Neumer, Manz & Margraf, 2002, siehe Abschnitt 4.3.7) und zum Zusammenhang von Burnout und Selbstwirksamkeit (Schmitz & Schwarzer, 2000) unterstützen dies.

Obwohl es große Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzsinn und der Gesundheit gibt, konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden, ob das Kohärenzgefühl eine Ressource im Sinne einer Voraussetzung oder vielmehr ein Aspekt von Gesundheit selbst ist. Eine eindeutige Ab-

grenzung ist bisher nicht gelungen (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Diese Unschärfe der Konzeptionen liegt vermutlich daran, dass viele korrelative, aber kaum ursächliche Zusammenhänge ermittelt wurden.

4.3.7 Optimismus

Optimismus ist ein allgemeines Konstrukt und wird je nach Ansatz als dispositionale oder situationale Variable verstanden. Das Konstrukt ist breiter als die Selbstwirksamkeit angelegt und bezieht sich auf das Ergebnis in einer Situation, nicht nur auf die wahrgenommenen eigenen Kompetenzen. Diese Breite gibt Anlass zu kritischen Diskussionen mit dem Konzept. Es wird kritisiert, dass nicht zwischen Kompetenz-, Handlungs- und Ergebniserwartungen differenziert wird (Hoyer, 2000).

Optimismus wurde vielfach mit psychischer und somatischer Gesundheit bzw. Stress und verschiedenen Erkrankungen in Verbindung gebracht. Aus Platzgründen kann jedoch hier kein Überblick über die zahlreichen Forschungsarbeiten gegeben werden. Es sei deshalb auf die Zusammenfassung zum Thema Optimismus und Gesundheit von Hoyer (2000) verwiesen. Exemplarisch sollen kurz zwei Studien erwähnt werden: Scheier und Mitarbeiter (1998) untersuchten Männer nach einer Bypass-Operation und fanden, dass die optimistischeren Patienten eine schnellere Genesung, mehr Zufriedenheit und Aktivität nach der Operation zeigten (zit. nach Hoyer, 2000). In einer anderen Studie untersuchten Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey (1998) den Zusammenhang zwischen Optimismus und dem Immunsystem bei gesunden Probanden in Stresssituationen. Als wichtigstes Ergebnis fanden die Autoren, dass sowohl der situative als auch der dispositive Optimismus sich auf die gemessenen physiologischen Stressparameter positiv regulierend auswirkte. Im Einzelnen wirkten sich Überzeugungen, Bewertungen und die damit verbundenen affektiven Veränderungen positiv auf das Immunsystem aus.

4.4 Ressourcenorientierte Prävention und Gesundheitsförderung

In einer ressourcenorientierten Prävention gilt es, möglichst viele der Ressourcen aus 4.3.1 bis 4.3.6 bei den Menschen zu stärken, an die sich entsprechende Maßnahmen richten, damit diese besser ihre spezifischen Anforderungen erfüllen können. Im Folgenden werden zunächst die Begriffe Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie voneinander abgegrenzt und anschließend bereits existierende Ansätze zur ressourcenorientierten Prävention dargestellt.

4.4.1 Begriffserläuterungen

Die Begriffe *Prävention* und *Gesundheitsförderung* unterscheiden sich in ihrer Blickrichtung, jedoch nicht unbedingt in den konkreten Maßnahmen, die sogar identisch sein können. Der Begriff „Prävention“ kommt aus dem klassischen medizinischen Modell und ist auf die Vorbeugung von Krankheit ausgerichtet. Es soll die Veränderung der Position eines Individuums in Richtung Krankheit verhindert werden. Je nachdem, wie weit sich die Betroffene Person bereits in Richtung Krankheit befindet, spricht man von *Primärprävention*, *Sekundärprävention* oder *Tertiärprävention*. Primärprävention möchte bereits das auftreten von Risikofaktoren für eine Krankheit von vornherein verhindern, oder soweit diese bereits vorhanden sind, ausschalten, damit das Ausbrechen einer Krankheit verhindert werden kann. Sekundärprävention möchte eine Krankheit so früh wie möglich erkennen, um Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Dabei werden Krankheitsphänomene fokussiert, deren Verschlimmerung verhindert werden soll. Tertiärprävention schließlich betrifft bereits bestehende Krankheiten. Es sollen Chronifizierung oder Rückfälle verhindert werden (Becker, 2006).

Die Gesundheitsförderung lässt sich am besten anhand eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums erklären (Becker, 2006, S. 228):



Abb. 10: Das Kontinuum Gesundheit-Krankheit

Dabei will die Gesundheitsförderung die Position eines Individuums in Richtung höhere Gesundheit verändern. Zielgruppe der Gesundheitsförderung sind Gesunde oder Personen im Frühstadium einer Krankheit. Es ist zwar auch denkbar, dass schwerer erkrankte Patienten an einer Gesundheitsförderung teilnehmen, jedoch hat es sich wegen zu großer Überschneidungen mit therapeutischen Interventionen bewährt, hierfür den Begriff der *Therapie* zu verwenden. Die Therapie wiederum hat die Beseitigung oder Minderung einer Krankheit zum Ziel.

4.4.2 Klassifikation von Präventionsmaßnahmen

Konzepte zur Förderung von Gesundheitsressourcen in der Arbeitswelt werden üblicherweise zunächst grob in *bedingungsbezogene* (= externe) und *personenbezogene* (= interne) Interventionen eingeteilt. In Bezug auf die Prävention spricht man im ersten Fall, also der Veränderung von

externen Arbeitsbedingungen, von *Verhältnisprävention* und im zweiten Fall (der Veränderung von persönlichen Ressourcen) von *Verhaltensprävention* (Jerusalem & Weber, 2003). Zapf und Dormann (2001, S. 570, nach Bunce, 1997) fassen folgende Verfahren zur Reduktion von Stressoren und zum Aufbau von Ressourcen zusammen, die als überprüft und wissenschaftlich abgesichert gelten und in vielen Stressmanagement-Programmen als Komponenten eingesetzt werden:

- 1) Informationsvermittlung: Meistens werden die Teilnehmer des Stressmanagementprogramms über die Mechanismen der Stressentstehung, Stressreaktionen und gesundheitliche Konsequenzen informiert. Außerdem findet eine Information über mögliche Wege der Veränderung statt. Dies führt alleine zwar nicht zu ausreichend stabilen Effekten, kann aber alleine schon Veränderungen anregen.
- 2) Kognitiv-behaviorale Verfahren: Diese in der Verhaltenstherapie wurzelnden Verfahren sind oft manualisiert und daher standardmäßig einsetzbar. Sie sind meistens evaluiert und ihre Effektivität nachgewiesen. Ein Beispiel ist das Trainingsprogramm für Jugendliche „Gesundheit und Optimismus GO“ von Junge et al. (2002).
- 3) Entspannungsverfahren: Hier kommen in der Regel die einfach zu erlernende *Progressive Muskelrelaxation* (PMR) nach Jacobsen oder das autogene Training zum Einsatz. Andere Methoden sind Atementspannung, Meditation oder seltener Biofeedback.
- 4) Kompetenztrainings: In Kompetenztrainings werden einzelne Verfahren kombiniert, um auf höherer Abstraktionsebene Kompetenzen aufzubauen. Oft handelt es sich um soziale Kompetenzen wie z.B. Durchsetzungsvermögen oder Konfliktmanagement. Ein weiteres Beispiel ist das Zeitmanagement.
- 5) Trainings zur Veränderung der Arbeitssituation, z.B. Gesundheitszirkel.

Eine andere Möglichkeit der Unterteilung, unabhängig vom Ort, stammt von Becker (z.B. 2006). Er unterteilt gesundheitsbezogene Maßnahmen anhand des systemischen Ressourcen-Anforderungs-Modells in Maßnahmen, welche die Veränderung externer und interner Anforderungen zum Ziel haben und Maßnahmen zur Stärkung von externen und internen Ressourcen (siehe Abb. 11).

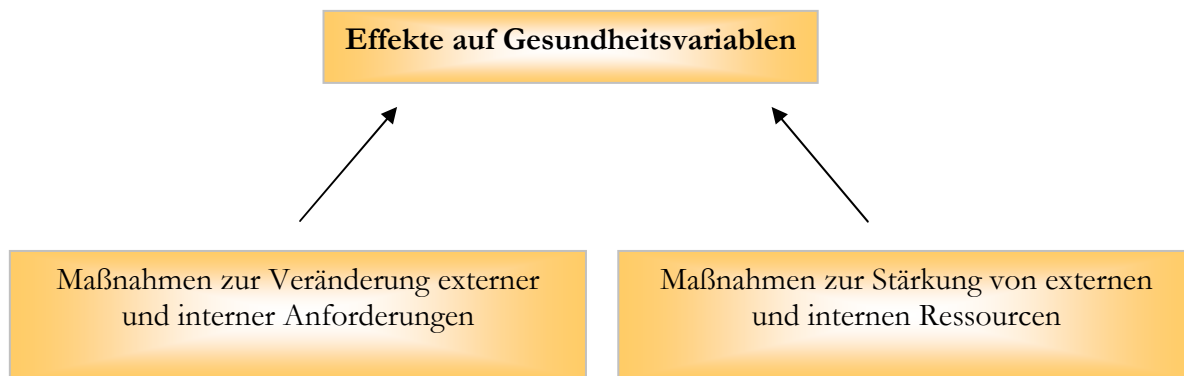


Abb. 11: Unterteilung gesundheitsbezogener Maßnahmen anhand des systemischen Ressourcen-Anforderungs-Modells (eigene Darstellung nach Aschauer et al., 2001, S. 34)

Somit ergeben sich nach Becker (2006) vier verschiedene Wege für Prävention und Intervention: Man kann an den internen und externen Anforderungen sowie den internen und externen Ressourcen ansetzen. Die Umgestaltung externer Anforderungen betrifft Arbeitsgestaltungsmaßnahmen zur Reduktion der Arbeitsbelastung bzw. Risikofaktoren. Ein Beispiel ist die Einführung teilautonomer Pflegegruppen, womit hochrepetitive Tätigkeiten verringert werden. Ein Ansetzen an internen Anforderungen kann durch eine bessere Bedürfnisbefriedigung erfolgen, da diese als interne Anforderungen wirken. Ein Beispiel ist die bessere Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung durch Einführung eines Belohnungssystems. Die ressourcenorientierte Stressprävention durch eine verbesserte Bedürfnisbefriedigung wird in Abschnitt 5.5 diskutiert. Gesundheitsförderung kann auch an internen Ressourcen ansetzen, in dem z.B. Stressmanagement-Kompetenzen trainiert werden. Externe Ressourcen können z.B. durch die Familie oder den Arbeitgeber zur Verfügung gestellt werden.

Eine klare Unterscheidung bedingungsbezogener und personenbezogener Prävention und Intervention ist oft nicht möglich, da die Maßnahmen ineinander greifen und häufig gleichzeitig ablaufen (Zapf & Dormann, 2001). Mit einer Maßnahme werden häufig externe und interne Ressourcen sowie Anforderungen gleichzeitig adressiert. Ein Beispiel hierfür ist der oben genannte Gesundheitszirkel, bei dem die Teilnehmer sowohl eigene Problemlöse- und Gesundheitskompetenzen verbessern als auch konkrete Vorschläge für die Verbesserung des Gesundheitsschutzes erarbeiten.

Nachfolgend werden personenbezogene Maßnahmen der Prävention von Stress und Burnout vorgestellt. Darin soll jedoch keinesfalls eine Geringschätzung organisationaler Maßnahmen

impliziert werden. Nach Semmer (1997) ist die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten nach den Kriterien Schädigungsfreiheit, Beeinträchtigungslosigkeit, Zumutbarkeit und Persönlichkeitsförderlichkeit die beste Stressprävention. Organisationale und personale Maßnahmen sollten möglichst Hand in Hand gehen, da personale Maßnahmen alleine verpuffen, wenn die zur Arbeitsausführung benötigten Anforderungen objektiv zu hoch sind, die Arbeitstätigkeit gesundheitsschädlich oder der Persönlichkeitsentwicklung abträglich ist. Auf der anderen Seite kann die Umsetzung von organisationalen Maßnahmen erst mit begleitenden personenbezogenen Maßnahmen gesichert werden. Höhere Freiheitsgrade können nur von Mitarbeitern genutzt werden, die über die notwendigen internen Ressourcen verfügen. Möglichkeiten zur Stärkung dieser Ressourcen werden im Folgenden erörtert.

4.4.3 Maßnahmen zur Stärkung interner Ressourcen

Es werden in den folgenden Abschnitten solche Maßnahmen zur Stärkung einzelner Ressourcen und zur Stressbewältigung dargestellt, die bereits empirisch auf ihre Effektivität hin überprüft wurden und bei denen sich signifikante und substantielle Effekte auf Gesundheitsvariablen zeigten. Vorwegnehmend fällt auf, dass vor allem für die verhaltenstherapeutisch orientierten Trainingsprogramme überzeugende Wirksamkeitsnachweise vor liegen. Nach einer Übersicht werden zunächst allgemeine Stresspräventions-Trainings vorgestellt, danach Maßnahmen zur Stärkung einzelner Ressourcen und schließlich Programme zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen.

4.4.3.1 Übersicht

In einem Überblicksartikel gibt Jerusalem (2001) folgende empirisch auf ihre Effektivität hin überprüften Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation an (für Angaben zu Autoren, Übersicht der Trainingsinhalte und Hinweise zur Wirksamkeit siehe Jerusalem, 2001):

1) Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

- „Bleib locker“ - Stressbewältigung für Kinder
- *Berliner Programm zur Suchtprävention in der Schule* (BESS)
- „ALF“ (Allgemeine Lebenskompetenzen und -fertigkeiten)
- Ambulantes Gewichtsreduktionstraining für Kinder und Jugendliche

2) Gesundheitsförderung inkl. Stressbewältigung für erwachsene Einzelpersonen in Kursen zur allgemeinen Erwachsenenbildung

- “Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur“
- “Gelassen und sicher im Stress“ - Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung
- “Optimistisch den Stress meistern“

3) Gesundheitsfördernde Sozialkompetenzen

- *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (GSK)
- *Ein Partnerschaftliches Lernprogramm* (EPL)
- *“Konstruktive Ehe und Kommunikation“* (KEK)
- *Freiburger Stresspräventionstraining für Paare* (FSPT)
- Präventive Stressbewältigung für Berufstätige in Betrieben
- “Gelassen bei der Arbeit“ - Ein Trainingskurs zur Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz

4) Prävention für erwachsene Einzelpersonen in stationären Settings

- “TK-Gesundheitswoche“
- Seminarangebot für pflegende Angehörige “Pflegen und sich pflegen lassen“

5) Schmerz- und Krankheitsbewältigung

- Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen
- Kopf- und Rückenschmerz - ein psychologisches Behandlungsprogramm
- Entspannungs- und Visualisierungstraining für Patienten mit chronischem Offen-Winkel-Glaukom
- “Kompetenter beistehen“: Umgehen mit Sterbenden und ihren Angehörigen

4.4.3.2 Allgemeine Stresspräventions-Trainings

Das wohl bekannteste Stressbewältigungstraining weltweit ist das *Stressimpfungstraining* (SIT) von Meichenbaum (z.B. 2003). Es ist der Vorläufer vieler ähnlicher Programme und basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie, die davon ausgeht, dass Stress durch dysfunktionale Gedanken und Bewertungen entsteht, die wiederum problematische Gefühle und Verhaltensmuster verursachen. Ziel des SIT ist die Veränderung dieser stressinduzierenden Kognitionen. Die vier wesentlichen Komponenten sind:

- 1) Entspannungstraining
- 2) Problemlösungstraining
- 3) Kognitive Umstrukturierung
- 4) Selbstinstruktionstraining

Im Entspannungstraining wird die leicht zu erlernende Progressive Muskelrelaxation (PMR) von Jacobsen (2002) eingeübt. Dies geschieht in einer Übungsphase, die einer Anwendungsphase vorausgeht. Im Problemlösetraining wird in ein Problem hinterfragt, umformuliert und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Die kognitive Umstrukturierung bedient sich der Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie, um die dysfunktionalen Bewertungen durch alternative, nützlichere Bewertungen zu ersetzen (z.B. wird die Bewertung „es ist eine Katastrophe“ ersetzt durch „es ist schwierig, aber ich kann es schaffen“). Im Selbstinstruktionstraining werden die erarbeiteten Kognitionen einstudiert, damit sie im „Ernstfall“ zur Verfügung stehen. In der sich anschließenden Anwendungsphase üben die Teilnehmer des SIT die vier Komponenten im Alltag (Meichenbaum, 2003).

Grawe et al. (1994) untersuchten in einer Meta-Analyse die Effektivität von kognitiven Stressbewältigungstrainings (SIT von Meichenbaum und ähnliche Programme) bei verschiedenen psychischen Störungen (vor allem Angststörungen und Depression) und fanden bei 80 % der Teilnehmer eine dauerhafte Verbesserung der psychischen Symptomatik.

Ein im deutschsprachigen Raum sehr bekanntes Stressbewältigungstraining ist das Programm „*Gelassen und sicher im Stress*“, (Kaluza, 1996a). Wie die meisten Trainings zur Stressbewältigung wird es in einer Gruppe durchgeführt. Es finden 12 wöchentliche Sitzungen à 90 Minuten statt. Die Komponenten des Trainings sind ähnlich wie beim Stressimpfungstraining ein *Entspannungstraining* und ein *Problemlösetraining*, ergänzt durch ein so genanntes *Genusstraining*. Hauptziel ist es, neben einer Problemlösefähigkeit eine Distanzfähigkeit von inneren und äußeren Anforderungen aufzubauen (Kaluza, 1999). Im Entspannungstraining wird die progressive Muskelentspannung eingeübt. Das Genusstraining soll den Teilnehmern anhand konkreter Erfahrungen der Sinnesorgane wie Schmecken, Riechen und Hören ermöglichen, sich auf positive Emotionen einzulassen und sich ganz darauf zu konzentrieren. Das Programm ist halbstandardisiert, lässt also Raum für die individuelle Problematik jedes Teilnehmers. Wie beim SIT üben die Teilnehmer die gelernten Fertigkeiten im Alltag ein. Das Programm wurde in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert, wobei sich die meisten der gemessenen Befindensvariablen als auch das Bewältigungsverhalten positiv veränderten. Die Effekte blieben über einen Zeitraum von 6 Monaten stabil (Kaluza, 1999).

4.4.3.3 Programme zur Stärkung einzelner Ressourcen

Die nun folgenden Programme unterscheiden sich von den im letzten Abschnitt beschriebenen allgemeinen Trainingsprogrammen dadurch, dass sie *explizit einzelne Ressourcen* adressieren. Die im vorigen Abschnitt beschriebenen Trainings wirken jedoch ebenfalls nicht nur auf Belastungs- bzw. Beanspruchungsvariablen, sondern auch auf Ressourcen. So ist bei besserer Stressbewältigung mit einer gestiegenen Selbstwirksamkeit und Optimismus zu rechnen. Da die meisten Trainings in Gruppenform stattfinden, erfährt jeder Teilnehmer soziale Unterstützung durch die Gruppe und den Trainer.

In Abschnitt 4.3.2 wurde kurz der Modellversuch „Selbstwirksame Schulen“ (Schmitz, 2001) dargestellt. Das wichtigste Ergebnis der begleitenden Untersuchung für die vorliegende Arbeit ist, dass Selbstwirksamkeit als protektiver Faktor gegen Burnout nachgewiesen wurde. Für Lehrer, die im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein sehr ungünstigstes Beanspruchungsmuster aufweisen, sind stressreduzierende bzw. ressourcenstärkende Maßnahmen besonders wichtig. Aufbauend auf den Erkenntnissen des Modellversuchs entwickelte Schwarzer (1998a) ein Trainingsprogramm zur Stärkung der Selbstwirksamkeit speziell für Lehrer. Das Training besteht aus vier Komponenten:

- 1) Umdenken (kognitive Interventionen z.B. bezüglich Attribution von Erfolg und Misserfolg)
- 2) Auf Können vertrauen (Selbstwirksamkeitserwartungen aufbauen)
- 3) Abwägen (Intentionsbildung, Zielsetzung)
- 4) Verhalten steuern (Planung, Initiative)

Das Programm ist ein Gruppentraining mit max. 20 Teilnehmern und dauert zwei Tage. Es werden hauptsächlich kognitive Interventionen zur besseren Motivierung der Teilnehmer durchgeführt, daneben Informationsvermittlung über handlungssteuernde Mechanismen. Wirksamkeitsbelege liegen für dieses Training jedoch bisher nicht vor.

Neben einzelnen Fertigkeiten zählen auch Kompetenzen (z.B. soziale Kompetenzen) zu den internen Ressourcen. Kompetenztrainings kombinieren einzelne Verfahren, um Kompetenzen aufzubauen, die sozusagen aus mehreren einzelnen Fertigkeiten aufgebaut sind (siehe Abschnitt 4.4.2). Inwieweit es sich im Einzelfall noch um einzelne Fertigkeiten oder schon um Kompetenzen handelt, ist dabei eine Frage des Abstraktionsniveaus, denn auch bei Entspan-

nungsfertigkeit oder Selbstverbalisation handelt es sich um Kompetenzen, die sich wiederum aus mehreren einzelnen Fertigkeiten zusammensetzen.

Im Bereich der sozialen Kompetenz ist das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* von Pfingsten und Hinsch (1998) sehr bekannt und gut evaluiert. Es richtet sich an Erwachsene und Jugendliche und ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch konzipiert. Angestrebt wird die Verbesserung kognitiver, emotionaler und motorischer Verhaltensweisen, wobei Informationsvermittlung, Rollenspiele, aber auch Selbstverbalisationen zum Einsatz kommen. Die Teilnehmer sollen lernen, unterschiedliche Typen von sozialen Situationen zu unterscheiden, aggressives von selbstsicherem Verhalten abzugrenzen. Auch hier wird die PMR eingeübt und in den Rollenspielen eingesetzt. Die drei Situationstypen im Standardtraining (es gibt auch auf spezielle Zielgruppen zugeschnittene Trainings) sind „Recht durchsetzen“ (Situationstyp R), „um Sympathie werben“ (Situationstyp S) und „sich in Beziehungen einigen“ (Situationstyp B). Wie bei der kognitiven Verhaltenstherapie üblich, werden den Teilnehmern Hausaufgaben aufgegeben. Die Teilnehmerzahl ist bei zwei Trainern auf maximal 10 beschränkt, wobei 7 Sitzungen à 2-3 Std. stattfinden (Hinsch & Pfingsten, 1998). In verschiedenen Evaluationsstudien wurden durch das GSK bei den Probanden eine Verringerung von Kontaktangst, Angst vor Misserfolgen und Kritik sowie eine Verbesserung des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten nachgewiesen. Die subjektiv empfundene psychische Belastung nahm insgesamt signifikant ab (Jerusalem, 2001).

4.4.3.4 Personenbezogene Maßnahmen zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen

Viele der vorgenannten Maßnahmen werden auch bei Beschäftigten in der Pflege angewendet. In einem zusammenfassenden Artikel referiert Bunce (1997) mehrere Studien über die Effekte verschiedener Formen von Stressbewältigungs-Trainings für Beschäftigte aus dem Pflegebereich. Daraus seien zwei Studien herausgegriffen:

In einer Studie von West, Horan & Games (1984) wurden verschiedene Formen des Stressbewältigungs-Trainings bei Krankenschwestern verglichen:

- a) reine Informationsvermittlung
- b) Training von Coping-Fertigkeiten (Entspannung, Selbstsicherheitstraining, Zeitmanagement)
- c) Rollenspiele (Simulation stressreicher Situationen)

- d) Stressimpfungstraining (nach Meichenbaum)
- e) Kontrollgruppe (kein Treatment)

Die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung waren, dass eine reine Informationsvermittlung keine Effekte hatte und die Kombination mehrere Verfahren (Training von Coping-Fertigkeiten und SIT) eine größere Wirkung auf die gemessenen Variablen erzielte (Blutdruck und psychische Symptombelastung) als einzelne Verfahren.

In einer anderen Studie verglichen Bunce und West (1996) die Wirkung eines Trainings zur Veränderung der Arbeitssituation mit einem komplexen Stressbewältigungstraining, bestehend aus Entspannung und kognitiven Interventionen. Der Effekt auf globale Stressindikatoren war in der Stressbewältigungs-Gruppe größer als in der Gruppe zur Veränderung der Arbeitssituation, jedoch ging der tätigkeitsspezifische Stress in der Gruppe zur Veränderung der Arbeitssituation stärker zurück als in der Stressbewältigungs-Gruppe.

Bei der Literaturrecherche zur Prävention von Burnout stellt man fest, dass sich die meisten Maßnahmen kaum von allgemeinen Stresspräventions-Maßnahmen unterscheiden. Schaufeli und Enzmann (1998, S. 145, Übers. des. Verf.) unterscheiden folgende präventive Maßnahmen bei Burnout:

- 1) Fokus auf dem Individuum
- 2) Fokus auf der Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation
- 3) Fokus auf der Organisation

Zu 1) gehören Maßnahmen, bei denen es keine Rolle spielt, welche Charakteristiken der Arbeitsplatz aufweist. Die Stressbewältigung bezieht sich nicht auf die konkrete Tätigkeit, sondern kann auch z.B. in Volkshochschulkursen stattfinden. Beispiele für 1) sind:

- a) Informationsvermittlung (z.B. über Frühsymptome des Burnout)
- b) Kognitiv-behaviorale Techniken
- c) Entspannungstechniken

Interventionen, die zu 2) zählen, thematisieren die Arbeitstätigkeit und die Passung von individuellen Voraussetzungen mit den Arbeitsplatzmerkmalen. Hierzu zählen z.B. auch die systemischen Ansätze, die Gegenstand des nächsten Kapitels sind und welche die Interaktion von Umwelt und Person betonen. Beispiele für 2) sind:

- a) Zeitmanagement

- b) Soziales Kompetenztraining
- c) Psychotherapie, Coaching (z.B. systemisches Coaching)
- d) Wechsel des Arbeitsplatzes

Zu der dritten Gruppe zählen Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung wie z.B. Job Rotation, Job Enlargement, Job Enrichment, Führungskräfte-Trainings, Coaching, Mitarbeiterschulungen. Weitere Beispiele für 3) sind (Schaufeli und Enzmann, 1998, S. 145, Übers. des Verf.):

- a) Stress Audit
- b) Konfliktmanagement
- c) Mitarbeiterunterstützungs-Systeme

Im Bereich der individuellen Stress- und Burnout-Prävention führten Freedy und Hobfoll (1994, in Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 151) ein Training auf der Basis der Ressourcenerhaltungstheorie (siehe Kap. 3) durch. Die Maßnahme hatte zum Ziel, bei den teilnehmenden Krankenschwestern soziale Unterstützung und individuelle Coping-Strategien zu fördern. Die Probanden zeigten nach Beendigung der Maßnahme im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine Reduktion von emotionaler Erschöpfung und depressiver Symptomatik.

Zu den Interventionen mit Fokus auf der Schnittstelle zwischen Individuum und Organisation zählen Programme, die darauf abzielen, den Teilnehmern ein realistisches Bild von ihrem (zukünftigen) Beruf zu vermitteln. In einer Studie von Mickler und Rosen (1994, zit. nach Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 156) erhielten Krankenpfleger ein „job expectancy training“, in dem sie über schwierige Patienten und über mögliche Maßnahmen informiert wurden. Die trainierten Probanden zeigten gegenüber den untrainierten eine reduzierte Depersonalisation (als Burnout-Symptom, siehe Kap. 3) und höhere Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Leistung.

Gesundheitsförderung und Stressbewältigung für Pflegekräfte finden häufig als Angebote innerhalb der Fort- und Weiterbildung statt und sind Bestandteil der Professionalisierung in Pflegeberufen. Es werden seltener reine Stressbewältigungs-Trainings angeboten, sondern spezifische Programme wie z.B. der Umgang mit bestimmten Patientengruppen. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, an Fachhochschulen und Universitäten pflegewissenschaftliche Studiengänge zu belegen, um als Pflegemanager oder Pflegepädagoge tätig zu werden. Der Bereich der Fort- und Weiterbildungen in Pflegeberufen ist sehr weitläufig und die Themenpalette unüberschaubar, so dass im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert darauf eingegangen werden kann.

Zusammenfassend ergibt sich für die Stressprävention in Pflegeberufen ein Bild, wie es auch von der Psychotherapie bekannt ist: Verschiedene Interventionen (z.B. Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie) können gleich effektiv sein, was auf allgemeine Faktoren hinweist (Grawe et al., 1994). Oft scheint es nicht wichtig zu sein, was genau gemacht wird, sondern welche Ressourcen vermittelt und welche Bedürfnisse dabei befriedigt werden. Daher soll der Aspekt der Bedürfnisbefriedigung in Bezug auf Ressourcen erörtert werden.

4.4.4 Der Zusammenhang von Bedürfnissen und internen Ressourcen

Eine Besonderheit im systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (2006) ist die Klassifikation von Bedürfnissen als interne Anforderungen, die sozusagen von eigenen physischen oder psychischen Subsystemen an benachbarte oder übergeordnete Systeme gestellt werden. Die Bewältigung dieser internen Anforderungen ist gesundheitsförderlich, kann aber wie bei den externen Anforderungen nur gelingen, wenn genügend Ressourcen vorhanden sind. Nicht bewältigte interne Anforderungen im Sinne nicht befriedigter Bedürfnisse sind dagegen der Gesundheit abträglich (Fries & Grawe, 2006). Becker und Kollegen (2004b) wiesen mit pfadanalytischen Untersuchungen an unterschiedlichen Stichproben nach, dass nicht etwa die beruflichen und privaten Anforderungen, sondern das Ausmaß der Bedürfnisbefriedigung von allen untersuchten Variablen den größten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Probanden hatte. Dies deckt sich mit Befunden aus der Psychotherapieforschung, wonach eine dysfunktionale Bedürfnisbefriedigung mit einem erhöhten Stressniveau und einer hohen Vulnerabilität für psychische Störungen einhergeht (Fries & Grawe, 2006). Als wichtigste Präventionsmaßnahme gegen psychische Störungen fordert Grawe (2004) daher, neben einer symptomorientierten Psychotherapie die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse der Klienten in den Mittelpunkt zu stellen (Grawe, 2004). Ressourcen und Bedürfnisse können als zwei Seiten einer Medaille vorgestellt werden, da die Bedürfnisse auf konkrete Ressourcen abzielen. So zielt das Bindungsbedürfnis die Ressource *soziale Unterstützung*, das Bedürfnis nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung unter anderem auf die Ressource *Selbstwirksamkeit*, das Bedürfnis nach Selbstbestimmung auf die Ressource *Autonomie* und Bedürfnis nach Lust bzw. Unlustvermeidung auf Ressourcen wie *Freude an der Arbeit* oder ein *gutes Betriebsklima*. Allen diesen Ressourcen ist gemeinsam, dass sie eine empirisch abgesicherte stressabpuffernde Wirkung haben. Es lässt sich sagen, dass, wer seine psychologischen Grundbedürfnisse befriedigt, weniger unter Stress und Burnout leidet. Dies klingt fast trivial, wirft aber eine neue Perspektive auf den Stress, dessen physiologische Erregung als Bereitstellung von Energie zur Gewinnung gerade dieser Ressourcen gesehen werden kann. Damit erklärt sich auch, dass ho-

he Anforderungen alleine nicht zu einer Stressreaktion führen, sondern nur in Verbindung mit einem Mangel an Ressourcen, das heißt unbefriedigten Bedürfnissen (Becker, 2006). Im Folgenden werden die theoretischen Modellvorstellungen und empirischen Ergebnisse dieser Arbeit mit dem Ziel einer Begründung für ein ressourcenorientiertes Vorgehen noch einmal zusammengefasst.

4.5 Fazit zur ressourcenorientierten Prävention von Stress und Burnout

Eine Abgrenzung von ressourcenorientierter gegenüber an Risikofaktoren orientierter Stressprävention ist nicht immer möglich, da mit der Zunahme an Ressourcen gleichzeitig auch Risikofaktoren unbedeutender werden oder gänzlich verschwinden. Umgekehrt werden mit der Reduktion von Belastungen wieder Ressourcen frei, die vorher gebunden waren. Ressourcen sind jedoch mehr als das Gegenteil von Risikofaktoren, wenn auch häufig beide auf derselben Dimension lokalisiert sind. Ressourcen können auf drei verschiedenen Wegen wirksam werden: Erstens können sie direkt auf das Wohlbefinden und die Gesundheit wirken, zweitens können sie als „Puffer“ wirksam werden, in dem sie das Geschehen zwischen Stressor und Stressreaktion positiv beeinflussen. Die dritte Möglichkeit ist die Mediatorfunktion.

Die empirisch gestützten Theorien von Hobfoll (1989) und Becker (1998, 2006) legen innerhalb der Gesundheitsförderung und Stressbewältigung eine Ressourcenorientierung nahe. In der Umsetzung dieser Ansätze sind in vorliegender Arbeit vor allem zwei Fragen interessant. Erstens, welche Ressourcen sind geeignet, Stressreaktionen positiv zu beeinflussen und zweitens, inwiefern kann man diese Ressourcen trainieren bzw. deren Verfügbarkeit erhöhen, um diese in einem Trainingsprogramm gezielt zu vermitteln. Dabei erweisen sich folgende Ressourcen als die wichtigsten Puffer:

- 1) soziale Unterstützung als externe Ressource
- 2) die internen Ressourcen Selbstwirksamkeit, proaktive Einstellung, Kohärenzgefühl und Optimismus
- 3) soziale und berufliche Kompetenzen als interne Ressourcen
- 4) die sowohl intern als auch extern in Erscheinung tretende Ressource Autonomie

Die Aufzählung ist dabei keineswegs vollständig, sondern eher exemplarisch. Es wurden lediglich die internen Ressourcen angesprochen, nicht beachtet wurden objektive Bedingungen und Ressourcen der Arbeitsaufgabe und der Arbeitsumgebung (siehe Kap. 3). Dies hat praktische Gründe, da solche Ressourcen dargestellt werden sollten, welche durch eine ressourcenorien-

tierte personenbezogene Maßnahme gefördert werden können. Damit soll jedoch keine generelle Bevorzugung von personenbezogenen gegenüber organisationsbezogenen Maßnahmen zum Ausdruck kommen, die am besten Hand in Hand gehen sollten (Semmer, 1997).

Bei den Maßnahmen zur Stressbewältigung bzw. Ressourcenförderung fällt auf, dass diese oft relativ unspezifisch sind und hier offensichtlich das Phänomen der „outcome equivalence“ greift (Bunce, 1997), das heißt verschiedene Interventionen zum gleichen Ergebnis führen. Grawe (1994) wies für den Bereich der Psychotherapie unspezifische Wirkfaktoren nach, die unabhängig von der Therapieschule (z.B. Psychoanalyse versus Verhaltenstherapie) wirksam sind. Dabei handelt es sich z.B. um *empathisches Verstehen* und *Lösungsorientierung* auf der Seite der Therapeuten und um *Kompetenzerwerb* auf der Seite der Klienten. Allerdings unterscheiden sich Interventionen unter anderem in dem Maße, in dem sie in der Lage sind, Ressourcen der Teilnehmer zu stärken, mit denen diese wiederum ihre (psychologischen) Grundbedürfnisse besser befriedigen. Die Effektivität einer solchen Maßnahme auf Ressourcenvariablen ist im Einzelfall mit maßnahmenbegleitender Diagnostik nachzuweisen. Schließlich ist das Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, ihre psychologischen Grundbedürfnisse zu befriedigen, in hohem Maße mit ihrer psychischen Gesundheit assoziiert (Fries & Grawe, 2006).

5. Systemisch-lösungsorientierte Beratung zur Stress- und Burnout-Prävention

Die systemische, insbesondere die systemisch-lösungsorientierte Beratung ist explizit ressourcenorientiert. In diesem Kapitel werden verschiedene systemische Beratungsansätze dargestellt. Der Schwerpunkt liegt auf der Frage der Eignung dieser Ansätze zur Prävention von Stress und Burnout. Für eine Einführung in die Theorie und Praxis systemischer Therapie und Beratung siehe z.B. Mücke, 2003, Schlippe & Schweitzer, 1997, Schmidt, 2006 oder Sparrer, 2004.

5.1 Definition und kurze Geschichte der systemischen Beratung

Die systemische Beratung entwickelte sich aus der systemischen Therapie und stellt eine Erweiterung auch auf Klienten ohne psychische Störungen dar. Heute wird der Begriff „systemische Beratung“ häufig als Oberbegriff für verschiedene systemische Settings gebraucht, wobei die systemische Therapie eingeschlossen wird. Die Settings können nicht immer scharf gegeneinander abgegrenzt werden. Zu den systemischen Beratungsformen zählen neben der systemischen Therapie die systemische Organisationsberatung, das systemische Coaching und die systemische Supervision (Schlippe & Schweitzer, 1997).

Bamberger (2001, S.6) definiert: „Systemische Beratung/Therapie befasst sich also weniger mit der Analyse von individuell-persönlichkeitsspezifischen Prämissen oder mit der Interpretation der intrapsychischen Dynamik, ihr geht es vielmehr um das Bewusstmachen von interpersonellem Geschehen, um die multifaktoriell bedingten Interaktionen in einem komplexen System aus Vernetztheit und Rekursivität. Im beraterisch/therapeutischen Fokus stehen also Indivi-

duum und Kontext, das interdependente Beziehungsgeschehen, insbesondere die interpersonelle Kommunikation“.

Eckdaten der Entwicklung der systemisch-lösungsorientierten Beratung sind nach Bamberger (2001, S. 11):

- 1) 1968 Gründung des „Brief Therapy Center“ in Palo Alto/Kalifornien (Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch u. a.)
- 2) 1971 Einrichtung des „Centro per lo Studio della Famiglia“ in Mailand (Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin u. a.)
- 3) Steve de Shazer gründet 1978 mit Insoo Kim Berg, Eve Lipchik u.a. das „Brief Family Therapy Center“ in Milwaukee/Wisconsin und praktiziert dort lösungsfokussierte Beratung

Für den im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Kurses an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen (siehe Kap. 7) wurde die lösungsfokussierte Beratung nach Steve de Shazer als Grundlage gewählt. Für den Ansatz spricht neben der Eignung als Präventionsmaßnahme, die jedoch auch für andere Ansätze gilt (siehe Abschnitt 5.5):

- a) Hohe Standardisierung, dadurch objektiv (von Trainer unabhängig) zu vermitteln
- b) Folglich valide und reliable Evaluationsdaten erzielbar
- c) Innerhalb kurzer Zeit vermittelbar
- d) Dezidierte Ausarbeitung eines Gesprächsmodells
- e) Von Problemstellung weitestgehend unabhängig, keine Störungstheorie erforderlich

Neben der lösungsfokussierten Beratung nach Steve de Shazer gibt es andere Ansätze und Weiterentwicklungen lösungsorientierter Beratung und Therapie. Im deutschen Raum derzeit am einflussreichsten dürften die hypno-systemische Schule von Gunter Schmidt (Heidelberg) sowie der Ansatz der systemischen Strukturaufstellungen von Matthias Varga von Kibéd und Insa Sparrer (München) sein. Honermann et al. (1999, S. 9) führen die „Allgemeine Psychotherapie“ von Grawe (z.B. 1994), die der Verhaltenstherapie zuzurechnende Selbstmanagement-Therapie von Kanfer (z.B. 1996) sowie die Problemanalyse-Strategien von Bartling (1995) als weitere lösungsfokussierte Beratungs- und Therapie-Ansätze an.

5.2 Theoretische Grundlagen der systemisch-lösungsorientierten Beratung

Bevor die zugrunde liegenden Annahmen und Theorien der systemischen Beratung dargestellt werden, soll zunächst kritisch angemerkt werden, dass häufig zu lesen oder zu hören ist, dass sich die systemische Beratung aus Systemtheorien entwickelt hätte. Diese stringente Entwicklung hat sich aber so nie vollzogen. Die systemische Beratung bzw. Therapie hat sich vielmehr aus den praktischen Arbeiten von Milton Erickson, Virginia Satir, Gregory Bateson, Paul Watzlawick u. a. entwickelt und wurde dann explizit auf verschiedene Theorien bezogen (z.B. Mücke, 2003). Im Folgenden werden die wichtigsten theoretischen Annahmen aus verschiedenen Systemtheorien und konstruktivistischen Theorien kurz skizziert.

Der Begriff „System“ leitet sich aus dem griechischen *systema* ab, das „Zusammengesetztes“ heißt und kann als „ein zusammengesetztes Ganzes, das mehr als die Summe seiner Teile ist“ definiert werden (Mücke, 2003, S. 25). Ein System ist ein gedankliches Konstrukt, also ein Hilfsmittel zur Vereinfachung. Es wird durch Systemgrenzen, die offen oder geschlossen sein können, begrenzt und ist durch Strukturen, Regeln, Beziehungen, Kommunikationen und Handlungen definiert. In der *Allgemeinen Systemtheorie* formulierte Ludwig von Bertalanffy (1956, in Schlippe & Schweitzer, 1997, S. 50) die These, dass biologische, physikalische und soziale Systeme gleiche Struktur- und Prozessmerkmale aufweisen, wobei er offene und geschlossene Systeme unterscheidet (geschlossene Systeme unterhalten keine Austauschbeziehungen mit ihrer Umwelt). Wo jeweils die Systemgrenze gezogen wird, hängt vom Betrachter ab. Beispiele für ein System sind ein Zellverband, ein Organ, ein Mensch, eine Familie, ein Verein, eine Gesellschaft etc. In unterschiedlichen Systemen gibt es auch unabhängig von den jeweiligen Personen unterschiedliche Strukturen, Regeln, Beziehungen, Kommunikationen und Handlungen (Radatz, 2000). Das menschliche Verhalten hängt nicht ausschließlich, aber doch wesentlich von dem System ab, in dem man sich gerade befindet.

Zu den Theorien, die wichtige Implikationen für die praktische Vorgehensweise der systemischen Praxis haben, gehören die *Theorie autopoietischer Systeme* (Maturana, & Varela, 1992, in Schlippe & Schweitzer, 1997, S.67) sowie deren Übertragung auf den zwischenmenschlichen Kontext in der *Theorie der sozialen Systeme* von Luhmann (1984). Autopoietische biologische Systeme sind sich selbst erzeugende Systeme mit einem geschlossenen Nervensystem. Beratungssystem und zu beratendes System sind nicht strukturell gekoppelt, so dass eine direkte Beeinflussung ausgeschlossen ist. Das bedeutet für die Beratungspraxis, dass ein Berater niemals etwas in einen Menschen „hineinberaten“ kann. Es ist jedoch ein Anstoßen des Systems mög-

lich. In welche Richtung sich das System entwickelt, kann aber nicht vorhergesagt werden. Das entlastet den Berater vom Druck, eine bestimmte Wirkung beim Klienten erzielen zu müssen und alle Fakten zu kennen (Mücke, 2003).

In der Theorie sozialer Systeme (Luhmann, 1984) werden die Systemelemente, bei Maturana und Varela (1992) biologischer Natur, durch die *Kommunikation* ersetzt. Das bedeutet für die Beratungs- und Therapiepraxis, dass nicht Menschen, deren Psyche oder Verhalten Gegenstand der Therapie ist, sondern zunächst nur die Kommunikation zwischen ihnen. Eine Beeinflussung ist nur über Kommunikation möglich.

Neben der Systemtheorie, die den Blick weg vom Individuum auf das Zusammenspiel in einem (meist sozialen) System lenkt, sind *konstruktivistische Theorien* wichtiger Bestandteil systemisch-lösungsorientierter Beratung. Diese besagen in grober Vereinfachung, dass die Wirklichkeit, wie sie von jemandem wahrgenommen wird, von dieser Person konstruiert wird. Wahrnehmen im objektiven Sinne ist somit nicht mehr möglich, da Vorerfahrungen und entsprechende kognitive Schemata bereits vorhanden sind. Die Existenz objektiver Erkenntnisse wird negiert und stattdessen steht die Zuweisung von Bedeutung im Mittelpunkt des Interesses. Vielleicht sollte man hier etwas vorsichtiger formulieren, dass eine vorurteilsfreie Wahrnehmung nicht mehr möglich ist. Die Wirklichkeit kann niemals ohne einen Beobachter, der dieselbe konstruiert, erklärt werden. Der Beobachter ist vielmehr ein Gestalter seiner eigenen Wirklichkeit. Ohne Beobachter, der etwas als Problem bewertet, gibt es das Problem nach Auffassung des Konstruktivismus nicht. Im Sinne der Konstruktivisten gibt es nur Tatsachen, keine Probleme. Es ist zumindest immer eine Person notwendig, um eine Tatsache zum Problem zu machen (Schlippe & Schweitzer, 1997).

5.3 Prinzipien einer systemisch-lösungsorientierten Vorgehensweise

Aus den beschriebenen theoretischen Grundlagen lassen sich Haltungen ableiten, die Ethik, Selbstverständnis und konkretes Handeln eines systemischen Beraters betreffen.

1) Ressourcen- und Lösungsorientierung

Es lassen sich in Systemtheorien Aussagen finden, mit denen eine ressourcen- und lösungsorientierte Vorgehensweise begründet werden kann. Ein Hauptargument ist die multikausale Verursachung von Problemen, bei denen die „wahre“ Ursache sowieso nicht gefunden werden

kann (z.B. Bamberger, 2001). Deshalb sei es besser, sich von vornherein mit Lösungen zu beschäftigen. Ressourcenorientierung bedeutet, dass der Schwerpunkt nicht auf den Schwächen und Problemen liegt, sondern dass Stärken und Lösungen fokussiert werden. Durch diese Aufmerksamkeitsfokussierung sollen Lösungen konstruiert werden. Es wird davon ausgegangen, dass Klienten bereits über alle Kompetenzen verfügen, um ein Problem zu lösen. De Shazer drückt dies so aus: „Problem talk creates problems, solution talk creates solutions“ (de Shazer, 2006). Lösungsorientierung bedeutet, sich auf das zu konzentrieren, was funktioniert, und nicht auf das, was nicht funktioniert. Es geht nicht um eine möglichst genaue Untersuchung oder gar Klassifikation der Probleme, sondern man konzentriert sich von vornherein auf die Lösung. Damit ist auch ein Denken in Auswirkungen verbunden. Nicht die vermeintlichen Ursachen eines Problems sind von Interesse, sondern die Auswirkungen auf alle Beteiligten (Radatz, 2000). Es bleibt festzuhalten, dass die Ressourcen- und Lösungsorientierung ein wesentlicher Bestandteil der systemisch-lösungsorientierten Beratung ist.

2) Neutralität

Diese Haltung des Beraters bezieht sich auf verschiedene Formen von Neutralität. Mücke (2003, S.62) unterscheidet Konstrukt-Neutralität, Veränderungs-Neutralität, Beziehungsneutralität, Methoden-Neutralität und Eigen-Neutralität. *Konstrukt-Neutralität* meint eine Nicht-Parteinahme für Sicht- und Denkweisen der Klienten. *Veränderungs-Neutralität* zeigt sich darin, dass der Berater den Klienten nicht zu einer Veränderung drängt, sondern sowohl die Nachteile einer Veränderung als auch die Vorteile einer Nicht-Veränderung thematisiert. Die Klienten müssen sich nicht ändern, wenn sie nicht wollen. Darin kommt die konstruktivistische Auffassung zum Ausdruck, dass ein Problem nur dann eines ist, wenn es als solches bewertet wird. Der Berater steht nicht auf der Seite der Veränderung und nicht auf der Seite der Nicht-Veränderung. Die Veränderungs-Neutralität schützt den Berater davor, zuviel Energie in die Veränderung von Klienten zu investieren. Diese könnte schließlich verpuffen, wenn die Klienten sich nicht ändern möchten. Zurück bliebe dann auf Dauer ein frustrierter, ausgebrannter Helfer (zur Burnout-Problematik siehe Kap. 3). In der *Beziehungs-Neutralität* geht es darum, im Falle einer Beratung mit mehreren Klienten keinen bevorzugt zu behandeln. Diese Form der Neutralität macht deutlich, dass es die Klienten sind und nicht der Berater, die entscheiden, ob der Berater neutral war oder nicht. *Methoden-Neutralität* bedeutet, dass der Klient, und nicht der Berater entscheidet, welches die beste Vorgehensweise ist. Hat z.B. ein Klient vor der aktuellen eine andere Beratung in Anspruch genommen, welche vom Berater nicht geschätzt wird, soll

dies nicht thematisiert werden, sondern als Lösungsversuch des Klienten positiv konnotiert werden. Dies ist letztlich eine Umsetzung der Lösungsorientierung.

3) Auftrags- und Zielklärung

Am Anfang einer systemischen Beratung findet üblicherweise eine Klärung der Ziele, an denen gearbeitet werden soll, des Auftrages, das heißt der Erwartungen an den Berater, und schließlich des Kontextes, in dem die Beratung erfolgt, statt. Um in einer Beratung nicht an Problemen zu arbeiten, die von den Klienten gar nicht als solche wahrgenommen werden, ist eine Zielklärung wichtig. Außerdem zwingt die Zielklärung die Beratenen, sich auf ein Ziel zu einigen bzw. Prioritäten festzulegen (Mücke, 2003). Die Auftragsklärung macht dem Berater klar, wer etwas von ihm erwartet, und dem Beratungssystem, was der Berater in der Lage und willens ist zu leisten. Bei Beratungsaufträgen könnte z.B. eine Personalabteilung als Auftraggeber bestimmte Ziele verfolgen, die zu beratenen Mitarbeiter jedoch ganz andere. Diese Informationen bekommt der Berater in der Auftragsklärung, die dann bereits der Burnout-Prophylaxe dient, denn es sollen keine unerfüllbaren Aufträge angenommen werden (z.B. „sorgen Sie dafür, dass es uns wieder gut geht“).

4) Zirkularität

Systemisches Denken bedeutet *zirkulär*, das heißt in Kreisläufen, zu denken, was ein Abgehen vom einfachen Ursache-Wirkungs-Denken bedeutet. Es wird davon ausgegangen, dass außer den Hauptwirkungen immer auch Rückwirkungen (und Nebenwirkungen) existieren. Ein Problem bezieht sich nach systemischer Auffassung immer auf eine Person oder Objekt. Im individuumszentrierten Verständnis werden z.B. eine Person und Eigenschaften dieser Person für ein Problem verantwortlich gemacht. Nach systemischer Auffassung ist das so, als ob man beim Tanzen nur einen Tanzpartner beobachtet und den anderen völlig ignoriert. Wenn das Tanzen nun gut oder nicht gut funktioniert, ist die Ursache die beobachtete Person. Im systemischen Verständnis gibt es zunächst keine Schuldigen, sondern nur Beteiligte. Diese Perspektive führt weg von der Suche nach Schuldigen hin zum Untersuchen von Mustern. Die Frage ist, wie die Beteiligten es schaffen, das Problem am Leben zu erhalten. Dazu werden bestimmte Fragen gestellt, z.B. wann jemand ein bestimmtes Verhalten zeigt, was dem Verhalten vorausgeht, wer sonst noch beteiligt etc. So sollen Informationen über das Zusammenspiel der Beteiligten erhalten werden.

5) Kontextbezogenheit

Ein weiteres Merkmal der systemisch-lösungsorientierten Beratung ist die *Kontextbezogenheit*, also die Berücksichtigung der Umwelt. Es wird davon ausgegangen, dass jedes problematische Verhalten in einem anderen Kontext nützlich sein kann (Radatz, 2000). Diese aus dem Konstruktivismus abgeleitete Grundidee besagt, dass Probleme und Lösungen nicht per se existieren, sondern konstruiert werden, sie sind eine soziale Konstruktion.

5.4 Systemisch-lösungsorientierte Interventionen

Zunächst wird ein Modell der systemisch-lösungsorientierten Beratung vorgestellt (Abb. 12). Die Maxime des Modells kann man beschreiben als „Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren“ (Bamberger, 2001, S. 21). In Anlehnung an de Shazer (z.B. 2006) geht es hauptsächlich um lösungsorientierte Fragen zu *Veränderungen vor der Beratung*, *Ausnahmen*, *hypothetischen Lösungen* und *Universallösung*. Nach de Shazer muss der Berater das Problem gar nicht kennen, um an einer Lösung zu arbeiten. Daher ist im Modell von Steve de Shazer keine dezidierte Auftrags- und Zielklärung vorgesehen. Es wird nicht nach dem Problem gefragt, sondern gleich nach Veränderungen vor der Beratung bzw. Ausnahmen vom Problem (de Shazer, 2006). Dies entspricht jedoch einer angloamerikanischen Vorgehensweise, die für den vorliegenden Kontext zu offensiv erschien. Einem etwas gemäßigten Ansatz folgend (z.B. Schmidt, 2005) wurde eine kurze Problembeschreibung vorgeschaltet, bei der die Klienten zunächst ihr Problem schildern können, bevor an einer Lösung gearbeitet wird.

Die Teilnehmer des im siebten Kapitel beschriebenen Kurses lernten, anhand des Modells ein lösungsorientiertes Gespräch zu führen, um dies im beruflichen Alltag bei Patienten, Klienten, Schülern sowie im kollegialen Kontext bei Mitarbeitern, Vorgesetzten und Ärzten anzuwenden. Zu den erwarteten Wirkungen des Kurses wurden entsprechende Hypothesen entworfen und überprüft (siehe Kap. 7 bis 9). Die einzelnen Phasen werden sukzessive abgearbeitet. Finden sich keine Veränderungen vor der Beratung, sucht der Berater mit dem Klienten nach Ausnahmen. Können keine Ausnahmen benannt werden, so wird versucht, eine hypothetische Lösung zu konstruieren usw.

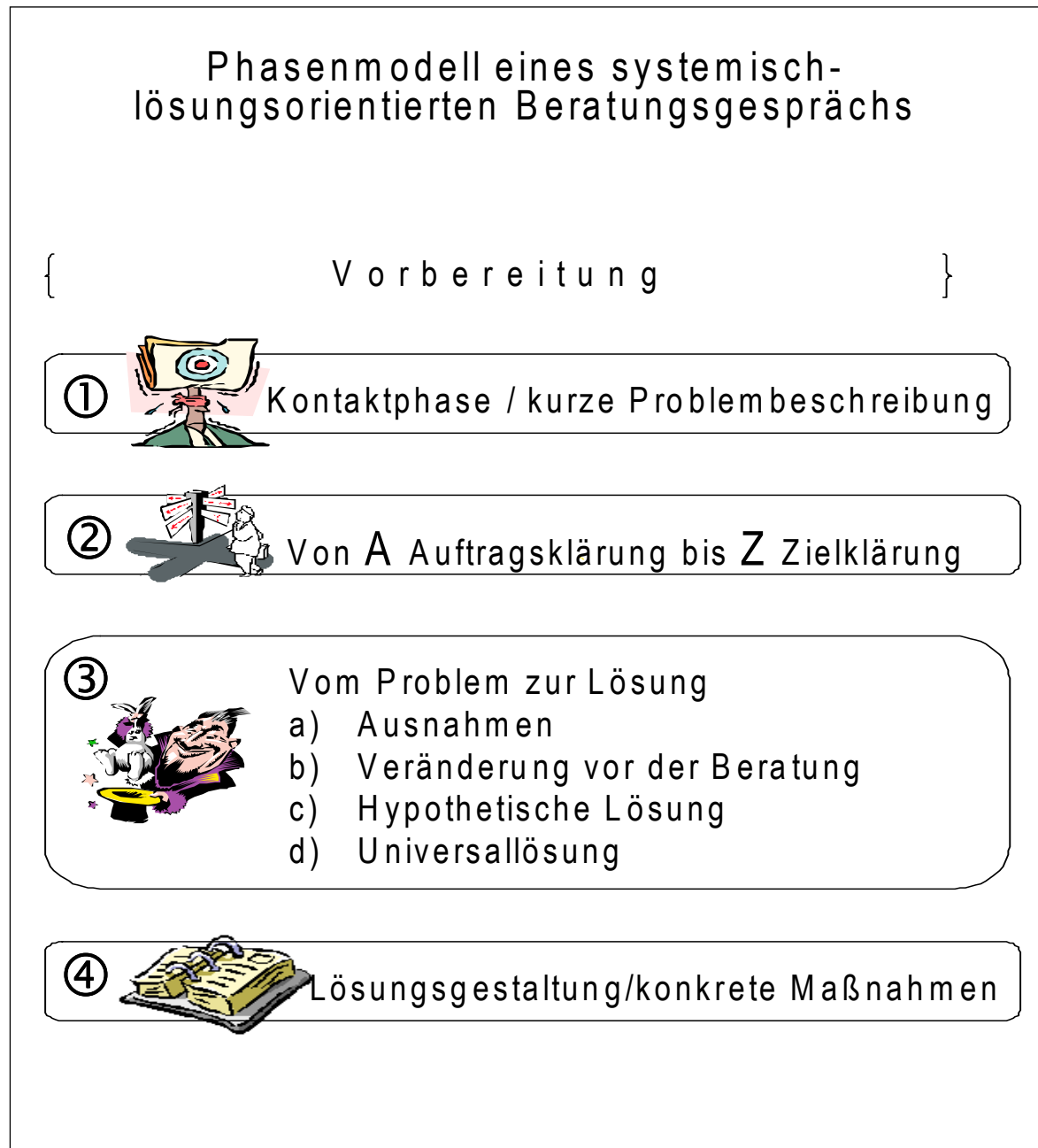


Abb. 12: Phasenmodell eines systemisch-lösungsorientierten Beratungsgesprächs (eigene Darstellung in Anlehnung an de Shazer, 2006; Radatz, 2000; Bamberger, 2001).

Nachstehend werden einige typische lösungsorientierten Interventionen vorgestellt. In der Hauptsache handelt es sich um Fragen. Die Antworten gibt der Klient, was entlastend für den Berater ist, da er nicht Experte für alle Themen und Gesprächsinhalte sein kann. Es gilt die Regel, dass der Klient für die Inhalte Experte ist und der Berater für den Prozess (Radatz, 2000). Die meisten hier vorgestellten lösungsorientierten Fragen stammen aus de Shazer (2006), Radatz (2000) und Bamberger (2001).

Kontaktphase/Beginn der Beratung

Bereits in der Kontaktphase am Beginn der Beratung können lösungsorientierte Fragen gestellt werden, mit dem Ziel, die Aufmerksamkeit des Klienten weg vom Problem in Richtung Lösung zu lenken. Beispiele sind:

- „Welche Bereiche ihres Lebens sind von dem Problem nicht beeinflusst?“
- „Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 bedeutet, dass Problem ist eigentlich gar kein Problem, und 10 bedeutet, dass Problem ist ganz katastrophal, wo würden Sie das Problem einstufen?“ Falls der Klient das Problem bei 6 einstuft: „Warum ist es nicht bei 9 oder 10?“

Im hypno-systemischen Ansatz von Gunter Schmidt (z.B. Schmidt, 2005) entspricht dies einer Aufmerksamkeitsfokussierung, die den Klienten aus einer so genannten „Problemtrance“ in eine „Lösungstrance“ führen soll (Bamberger, 2001, S. 99). Es sollen keine Probleme vertieft, aber auch nicht weggeschoben, sondern als bisherige Lösungsversuche gewürdigt werden (Schmidt, 2005).

Auftrags- und Zielklärung

Am Ende der *Auftragsklärung* sollte der Berater wissen, was der Klient von ihm will, und entscheiden, ob er den Auftrag annimmt oder nicht bzw. ob er andere Angebote machen kann. Die Auftragsklärung soll die Eigenverantwortlichkeit des Klienten stärken, da er sich zuerst überlegen muss, wie er sich die Hilfe vorstellt und was er genau vom Berater erwartet. Dies sind schwierige Fragen, die nicht leicht zu beantworten sind. Damit verbunden ist eine realistische Einschätzung eigener Möglichkeiten und der Möglichkeiten des Beraters. Gerade für Angehörige helfender Berufe ist eine Auftragsklärung wichtig, um nicht zu große Pauschalaufträge anzunehmen (z.B. „sorgen Sie dafür, dass es mir wieder gut geht“), die letztlich unerfüllbar sind und auf beiden Seiten zu Enttäuschungen führen können. Eine große Initialmotivation ist jedoch gerade bei „Helfern“, z.B. Krankenpflegern, eine wesentliche Voraussetzung für die Entstehung von Burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998). Daher dürfte die Neigung, Verantwortung für die Klienten bzw. deren Leben zu übernehmen und damit für etwas, das man nicht kontrollieren kann, einen ersten Schritt in den Burnout darstellen. Die Grundfrage bei der *Zielklärung* lautet: „Was soll anstelle des Problems da sein?“ (Bamberger, 2001). Hier soll dem Klienten geholfen werden, seine Erwartungen möglichst in positiven Begriffen zu formulieren. Beispielfragen sind:

- „Woran würden Sie merken, dass es sich gelohnt hat, hierher zu kommen?“
- „Was ist der „OK-Bereich“, der so bleiben soll wie er ist?“
- „Woran würden Sie merken, dass das Problem verschwunden ist?“

Veränderungen vor der Beratung

Bei *Veränderungen vor der Beratung* handelt es sich um Ausnahmen vom Problem(muster), die vor der ersten Konsultation auftreten. Häufig bringt nämlich bereits der Entschluss, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, eine Änderung mit sich. Daher gelten die Anmerkungen zu den Ausnahmen auch für die Veränderungen vor der Beratung. Beispielfragen sind:

- Hat sich seit unserem Telefonat schon eine Lösung abgezeichnet?
- Skalierungsfragen: Wo waren Sie auf der Skala als wir den Termin ausgemacht haben und wo sind Sie jetzt?
- Hat sich bereits etwas in die gewünschte Richtung verändert, seit wir den Termin ausgemacht haben?

Ausnahmen vom Problem

Die lösungsorientierte Beratung geht davon aus, dass Problemverhalten nicht immer gleich abläuft, sondern dass es Schwankungen im Auftreten gibt, die als *Ausnahmen* exploriert und dann zu einer eventuellen Lösung ausgearbeitet werden können. Wenn ein Klient z.B. häufig müde und abgespannt ist, wird dies nicht immer in der gleichen Intensität der Fall sein. Es gibt Tage, an denen er sich vergleichsweise wach und munter fühlt. Absolute Aussagen wie „nie“, „immer“, „alles“ sind Hinweise auf Generalisierungen. Es geht darum, Unterschiede im Verhalten der Beteiligten herauszufinden. Diese Fragen helfen, diese Unterschiede zu verdeutlichen. Beispiele für solche Fragen nach Ausnahmen sind:

- Gab es in den letzten Wochen (Monaten, Tagen) Zeiten, in denen das Problem weniger schlimm war?
- Was ist der Unterschied zwischen besseren und schlechteren Tagen?
- Wer außer Ihnen hat am meisten Einfluss darauf, ob das Problem schlimmer oder besser ist?
- Was können Sie selbst von sich lernen, an Tagen wo das Problem besser ist?

Hypothetische Lösungen

Falls sich keine Ausnahmen vom Problem finden lassen, geht der Berater im Modell einen Schritt weiter und versucht, mit dem Klienten eine hypothetische Lösung zu finden. Das Motto ist hier „was wäre wenn...“? Die bekannteste lösungsorientierte Frage zu einer hypothetischen Lösung ist die so genannte *Wunderfrage* (z.B. de Shazer, 2006). Sie ist sozusagen eine „hypnotische Induktion“, durch die der Klient sich eine mögliche „Lösungszukunft“ vor Augen führen soll (Pichler, 2005, S. 11). Aus diesem Grund sollen auch die Pausen eingehalten werden, um dem Klienten Zeit zu geben, sich diese Zukunft vorzustellen. Die Wunderfrage lautet: „Ich stelle Ihnen jetzt eine vielleicht etwas merkwürdige und auch schwierige Frage. Es braucht etwas Phantasie, sie zu beantworten. (Pause) Wenn Sie nach dieser Sitzung nach Hause gehen (Pause) und anschließend noch mit Ihrer Familie sprechen, zu Abend essen und eventuell noch etwas unternehmen, (Pause) und irgendwann werden Sie müde und legen sich schlafen, (Pause) und irgendwann (Pause) schlafen Sie ein, und (Pause) angenommen, (Pause) in dieser Nacht (Pause) geschähe ein Wunder, (Pause) und das Wunder bestünde darin, (Pause) dass alle Probleme, die Sie heute hierher geführt haben, (Pause) gelöst sind (Pause), auf einen Schlag, (Pause) einfach so, (Pause) und das wäre ja wirklich ein Wunder, nicht wahr? (Pause) Und wenn Sie nun morgen früh aufwachen, (Pause) und niemand sagt Ihnen, dass dieses Wunder geschehen ist, (Pause) woran könnten Sie dann erkennen, dass dieses Wunder eingetreten ist?“ (Pichler, 2005, S. 11). Weitere Beispiele sind:

- Woran würden Sie merken, dass Ihr Problem gelöst ist (...dass Sie einen Skalenpunkt weiter gekommen sind) ?
- Was wäre dann anders?
- Angenommen, wir würden einen Film drehen, was wäre auf dem Film dann zusehen? Woran würde ich es sehen auf dem Film, dass ihr Problem gelöst?
- Welche Kriterien müsste eine gute Lösung erfüllen?

Falls sich auch keine hypothetische Lösung konstruieren lässt, sieht das Modell vor, dass der Klient etwas in seinem Verhalten ändert, wobei es nicht genau darauf ankommt, was. Dies führt dann zur so genannten *Universallösung*.

Universallösung

Die systemische Überlegung bei der Universallösung ist, dass ein verändertes Verhalten eines Systemmitglieds genügen kann, um das ganze (Problem-)System zu verändern. Hier macht man sich das Phänomen der *Musterunterbrechung* zunutze (z.B. Schlippe & Schweitzer, 1997, S.

187). Es werden Verhaltensweisen, auch *Experimente* (Radatz, 2000, S. 279) genannt, vorgeschlagen, die nach Meinung des Beraters mit dem Problemverhalten inkompatibel sind, z.B. kann einer Mutter empfohlen werden, anstatt mit ihrem wütenden Sohn zu schimpfen, mit ihm zusammen ein Eis zu essen o.ä.. Jegliches Verhalten, das in der Lage ist, ein problematisches Verhaltensmuster zu unterbrechen, ist geeignet. Bei der Anwendung von Entspannungstechniken zur Angst- oder Ärgerkontrolle macht man sich dieses Phänomen zunutze, indem eine mit negativen Emotionen unvereinbare körperliche Entspannungsreaktion evoziert wird, die letztlich zu einer Unterbrechung des Angst- oder Ärger-Kreislaufs führen kann (z.B. Hiller, Leibing & Sulz, 2004).

Lösungsgestaltung

In der Phase der *Lösungsgestaltung* werden schließlich die konkreten Schritte geplant, die ein verändertes Erleben und Verhalten ermöglichen sollen. Hier wird ganz genau festgelegt, wann was mit wem zu tun ist. Entgegen anderen Ansätzen z.B. der Verhaltenstherapie, die hier versucht, den Klienten zu einer Veränderung zu motivieren, ist der Berater in der systemisch-lösungsorientierten Beratung zurückhaltend mit Veränderungsoptimismus und gibt sich eher skeptisch. Manchmal geht er sogar auf die Seite der Nicht-Veränderung und betont z.B. die Kosten einer Problemlösung (Radatz, 2000). Dies ist bereits Bestandteil einer Rückfallprophylaxe. Ein Nicht-Gelingen bzw. Rückschritte werden vorwegnehmend bearbeitet (Bamberger, 2001).

In allen Phasen werden außer den lösungsorientierten Fragen *Kommentare*, *Komplimente* und *Hausaufgaben* als Interventionen angewandt (Pichler, 2005, S. 9 f.), auf die jedoch aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden kann. Weitere Ausführungen zu systemisch-lösungsorientierten Interventionen mit Fallbeispielen finden sich z.B. in (Schmidt, 2005) und (Mücke, 2003).

Nachdem einige Beispielinterventionen vorgestellt wurden, soll nun die Eignung der systemisch-lösungsorientierten Beratungsmethode zur Prävention von Stress und Burnout diskutiert werden.

5.5 Eignung der systemisch-lösungsorientierten Beratung zur Prävention von Stress und Burnout

Welchen Beitrag kann die systemisch-lösungsorientierte Beratung zur Prävention von Stress und Burnout leisten? Nachdem in Kapitel 4 evaluierte Methoden zur Prävention von Stress und Burnout vorgestellt wurden, soll in diesem letzten Abschnitt des Kapitels diskutiert werden, inwieweit die systemisch-lösungsorientierte Beratung geeignet ist, die spezifischen Ressourcen aus Abschnitt 4.3 zu stärken.

Grundsätzlich sollte ein erstes Eignungskriterium für jede Präventionsmaßnahme sein, dass Wirksamkeitsbelege vorliegen, das heißt sie sollte empirisch evaluiert sein. Die systemische Therapie und Beratung verfügt mittlerweile über hinreichende Effektivitätsbelege, um als wirksame Methode anerkannt zu werden (z.B. Mücke, 2003; Schlippe & Schweitzer, 1997).

Im vierten Kapitel wurden die Modelle von Hobfoll (1989) und Becker (1998, 2006) als theoretische Grundlage eines ressourcenorientierten Vorgehens dargestellt. Als Schlussfolgerung wurde gezogen, dass die Teilnehmer einer ressourcenorientierten Trainingsmaßnahme in die Lage versetzt werden sollten, sich die Ressourcen anzueignen bzw. zu entfalten, welche zur Erfüllung ihrer spezifischen Anforderungen benötigt werden. Die systemisch-lösungsorientierte Beratung ist bezüglich ihrer Methodik, das heißt Beziehungsgestaltung und konkreten Gesprächsführung (Fragetechnik etc.) darauf ausgerichtet, zusammen mit dem Klienten nach geeigneten Ressourcen für spezifische Fragestellungen zu suchen. Dabei werden keine Standardlösungen „verabreicht“, sondern es können die passenden Ressourcen für die jeweilige Problematik ausgewählt werden, da der Klient Experte für die Inhalte und die entsprechende Passung von Anforderungen und Ressourcen bleibt. Insofern ist eine gute Passung zwischen dem systemisch-lösungsorientierten Ansatz und der Forderung nach Stärkung von anforderungsspezifischen Ressourcen in einer Präventionsmaßnahme gegeben.

In Studien zur unterstützenden Wirkung von Peer-Gruppen haben sich nur solche Gruppen als wirkliche Hilfe gegen Burnout erwiesen, in denen nicht nur über negative Gefühle und Probleme, sondern über Lösungen und konkrete Hilfen gesprochen wurde (z.B. Schaufeli & Enzmann, 1998, S.157 f.). Hier bietet sich die systemisch-lösungsorientierte Beratung unter dem Aspekt der Lösungsorientierung in besonderer Weise an. Sie richtet die Aufmerksamkeit der Klienten von Anfang an konsequent auf eine mögliche Lösung, und nicht auf Probleme. Weiterhin liefern Befunde aus der Psychotherapieforschung Belege dafür, dass eine an Zielen und Lösungen orientierte Beratung erfolgreicher ist als eine ausschließlich problemorientierte

(Grawe, 2004). Zusammenfassend lässt sich auf der Grundlage von Befunden aus der Peergruppen- und Psychotherapieforschung ableiten, dass ressourcenorientierte Präventionsmaßnahmen möglichst viele lösungsorientierte Elemente beinhalten sollten, die systemisch-lösungsorientierten Beratung von daher als geeignete Methode für die Ausgestaltung solcher Maßnahmen in Frage kommt.

Aus dem Zusammenhang von Ressourcen und Bedürfnisbefriedigung, wie er in Abschnitt 4.4.4 dargestellt wurde, folgt, dass die Teilnehmer in die Lage versetzt werden sollten, ihre psychologischen Grundbedürfnisse besser zu befriedigen, um einen gesundheitlichen Nutzen von einer ressourcenorientierten Präventionsmaßnahme zu haben. Durch die Inhaltsfreiheit der systemisch-lösungsorientierten Beratung lässt sich diese hervorragend auf die Befriedigung der entsprechenden psychologischen Grundbedürfnisse anpassen. In der Beratung können konkrete Schritte in Richtung einer besseren Bedürfnisbefriedigung thematisiert werden. Abgesehen vom Inhalt ist auch von der Form der Beratung her von einer Befriedigung wichtiger Grundbedürfnisse auszugehen. So sollte das Bedürfnis nach Autonomie durch die Behandlung des Klienten als gleichberechtigten Partner und Experten für seine eigenen Probleme und deren Lösungen gestärkt werden. Dadurch kann sich der Klient als selbstwirksam erfahren. Kommen noch Erfolge durch die Beratung hinzu, wird ebenfalls die Selbstwirksamkeit des Klienten gestärkt. Die partnerschaftliche Beziehung sollte sich förderlich auf die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses auswirken. Eine humorvolle Ausgestaltung ist mit der lösungsorientierten Beratung höchst kompatibel und wurde z.B. von Farrelly (2005) in seiner *provokativen Therapie*, die großen Einfluss auf die systemische Therapie und Beratung hat, ausgearbeitet. Auf diese Weise kann auch das Bedürfnis nach Lust und Unlustvermeidung durch die systemisch-lösungsorientierte Beratung angesprochen werden. Die systemisch-lösungsorientierte Beratung ist also in der Lage, die psychologischen Grundbedürfnisse anzusprechen bzw. deren Befriedigung zu fördern.

Mit der Befriedigung obiger Bedürfnisse werden gleichzeitig auch die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt bzw. der Zugang zu ihnen erleichtert. Es sollten dabei vor allem die Ressourcen *soziale Unterstützung, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit, Proaktive Einstellung, Autonomie, Optimismus* und *soziale Kompetenzen* vermittelt und trainiert werden, da sich diese empirisch als wirksam in der Prävention von Stress und Burnout gezeigt haben.

Nach Semmer und Mohr (2001) müssen die individuellen Stressbewertungen in ihrem sozialen und kulturellen Kontext gesehen werden, da sie nur so verständlich werden. Was in einem be-

stimmten Kontext sehr belastend ist, kann in einem anderen Zusammenhang neutral oder anregend sein. Beachtet man jedoch nur die individuellen Stressbewertungen z.B. nach Lazarus (1981), lässt man Kontextfaktoren außer Acht und verliert „Situationsvarianz“ zugunsten „Personvarianz“ (z.B. Wittmann, 1985). Meichenbaum (2003) fordert in seinen Leitlinien für Programme zur Reduktion und Prävention von Stress, neben individuellen auch kulturelle und situationale Faktoren zu berücksichtigen. In einem Trainingsprogramm sollte daher der Kontext, das heißt die systemische Perspektive, verstärkte Beachtung finden. Die systemisch-lösungsorientierte Beratung scheint wegen ihrer explizit systemischen Ausrichtung geeignet, diese Anforderung zu erfüllen.

Lazarus & Folkman (1984) beschreiben interindividuell und von Situation zu Situation unterschiedliche Präferenzen der Stressbewältigung. Welche Strategien im Einzelfall eingesetzt werden, hängt von den Anforderungen und den momentan zur Verfügung stehenden Ressourcen, nicht zuletzt aber auch von der Motivation zum Handeln ab. Auch Meichenbaum (2003) weist darauf hin, dass individuelle Bewältigungs-Strategien nur schwer vorhersagbar sind. Deshalb ist ein standardisiertes Programm nur unzureichend. Die Präventionsmaßnahmen sollten daher die Flexibilität von Bewältigungsstrategien fördern, was im „systemischen Imperativ“ so formuliert wird: „Handle stets so, dass Du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!“ (Schlippe & Schweizer, 1997, S. 116). Der Berater sollte immer bestrebt sein, möglichst viele Lösungen mit dem Klienten zu erarbeiten und den Klienten entscheiden zu lassen, welche für ihn am besten passen (Radatz, 2000). Dies wird z.B. durch beständiges Nachfragen und Verweigern von Verantwortungsübernahme für „die beste Lösung“ erreicht.

Meichenbaum (2003) führt in seinen Leitlinien für Programme zur Reduktion und Prävention von Stress zwei weitere Anforderungen an: Zum ersten hält er ein therapeutisches Arbeitsbündnis, welches den Klienten als aktiven Mitarbeiter betrachtet, für wesentlich. Zum zweiten fordert er eine Rückfallprophylaxe, in dem mögliche Rückschritte thematisiert und mögliche Vorgehensweisen mit den Teilnehmern besprochen werden. In der systemisch-lösungsorientierten Beratung besteht ein solches Arbeitsbündnis, in dem die Klienten als „Experten“ aktiv an der Lösung ihrer Probleme arbeiten. Außerdem wird auf eine Rückfallprophylaxe Wert gelegt, indem mögliche „schlechte Tage“ vorweggenommen und Möglichkeiten des Copings besprochen werden (Bamberger, 2001).

Insgesamt spricht vieles dafür, dass die systemisch-lösungsorientierte Beratung zur Prävention von Stress und Burnout geeignet ist. Sie wird mit nachgewiesener Effektivität in Supervision,

Coaching, Training und Therapie eingesetzt, wobei diese Maßnahmen stets auch präventive Ziele verfolgen.

Eine genauere Beschreibung der hypothetischen Wirkungsweise der systemisch-lösungsorientierten Beratung im Rahmen des Kurses „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ als Maßnahme zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen erfolgt im nächsten Kapitel.

6. Arbeitsmodell zur ressourcenorientierten Prävention und Ableitung von Hypothesen

6.1 Arbeitsmodell

In Abb. 13 ist ein Arbeitsmodell zur Ableitung von Hypothesen für die Evaluation des Kurses „Einführung in die systemisch-lösungsorientierten Beratung“ wiedergegeben. Im Rahmen der an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen (EFH LU) durchgeführten Evaluationsstudie sollte die Frage beantwortet werden, welche Effekte der zehnstündige Kurs auf die Beratungskompetenz, interpersonellen Probleme und kognitiven Ressourcen der Kursteilnehmer hat. Dabei sind vor allem Aussagen über das Vorhandensein von Effekten auf der *Ressourcenebene* (bei Kirkpatrick, 1998, *Lernerfolgsebene* genannt) interessant. Es wurden folgende Ressourcen-Variablen erhoben:

- die systemisch-lösungsorientierte *Beratungskompetenz*
- daneben die interpersonellen Probleme der Probanden
- *kognitive Ressourcen*: systemisch-lösungsorientiertes Wissen, allgemeine Selbstwirksamkeit und damit verbunden ein Rückgang von *Bedrohungseinschätzungen* sowie *proaktive Einstellung*

Die Effekte der Ressourcen auf Gesundheits-, Stress und Burnoutvariablen wurden im Rahmen dieser Untersuchung nur als Selbstauskünfte im Rahmen der Transferbefragung erhoben und nicht weiter erforscht. Sie werden zunächst als gegeben angenommen. Das Arbeitsmodell hat hypothetischen Charakter, da es die vermuteten Wirkungen der systemisch-lösungsorientierten Beratung in Bezug auf ressourcenorientierte Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen wiedergibt.



Abb. 13: Modell der hypothetischen Effekte des Kurses

Das Curriculum wurde nach den allgemeinen Prinzipien der systemisch-lösungsorientierten Beratung (siehe Kap. 5) und den spezifischen Lernzielen des Kurses konzipiert (siehe Kap. 7.2.4). Die Teilnehmer des Kurses sollten gemäß der ersten Stufe des Trainingsevaluationsmodells von Kirkpatrick (1998) mit den Lerninhalten, Methoden und ihrem Lernerfolg zufrieden sein. Dies stellt den ersten, wenn auch schwächsten Indikator für den Erfolg des Kurses dar. Bereits nach Beendigung des Kurses sollten sich auf der Wissens-, Verhaltens- und Einstellungsebene positive Veränderungen ergeben. Es handelt sich hierbei um stärkere Indikatoren des Trainingserfolges, die überprüfen, ob sich die Teilnehmer Wissen, Haltungen bzw. Einstellungen und Beratungskompetenz angeeignet haben.

Der Lernerfolg wurde durch Fragebögen (Selbst- und Fremdbeurteilung) und Video-Rollenspiele, die durch unabhängige Beobachter beurteilt wurden, abgeprüft. Die neu hinzugewonnenen Kompetenzen stellen selbst einen Ressourcenzuwachs auf der Verhaltensebene dar und sollten wiederum zu einer Stärkung der kognitiven Ressourcen *Selbstwirksamkeit*, *proaktive Einstellung*, einer Verringerung von *Bedrohungseinschätzungen* sowie einer *Verbesserung sozialer Interaktionen* führen. Vorausgesetzt, es findet ein Transfer der Lernresultate in den Alltag statt, sollte sich dieser in einer Verbesserung der Kommunikation mit Kollegen, Patienten, Ärzten, Vorgesetzten und Mitarbeitern zeigen. Als weitere Indikatoren für einen Transfer des Gelernten in den Alltag sollten die Teilnehmer des Kurses in der Lage sein, lösungsorientiertes Selbstmanagement für sich anzuwenden und einen gesundheitlicher Nutzen des Trainings für sich sehen.

Im Modell wird die Aktivierung und Stärkung von Ressourcen auf Berater- bzw. Helferseite und auf Klientenseite bzw. Seite des Gesprächspartners berücksichtigt. Die Aktivierung und Stärkung der Ressourcen erfolgt beim Berater auf anderem Wege als beim Gesprächspartner (Klienten, Patienten, Kollegen etc.). Auf Klientenseite sollen durch systemisch-lösungsorientierte Interventionen, wie sie im letzten Kapitel beschrieben wurden, Suchprozesse in Richtung einer Problemlösung bzw. Ressourcenstärkung angeregt werden, woraus eine bessere Bedürfnisbefriedigung und letztlich eine verbesserter Gesundheitszustand resultiert. Positive Ergebnisse einer Beratung tragen zusätzlich zu einer Stärkung und Aktivierung von Ressourcen bei. Die Hauptintention des Kurses lag in der Schulung der systemisch-lösungsorientierten Beratungskompetenz und der damit verbundenen Ressourcenstärkung, jedoch könnten die Kursteilnehmer auch als Klienten die systemisch-lösungsorientierte Beratung in Anspruch nehmen, z.B. im Rahmen eines Gesundheitscoachings. Diese Perspektive war nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, es wäre jedoch anzuregen, dies in zukünftigen Studien mit einzubeziehen.

Die Zusammenhänge des Modells, das heißt die Effekte des Kurses, werden in Form von Hypothesen formuliert und im empirischen Teil dieser Arbeit (Kap. 7 bis Kap. 9) geprüft.

6.2 Ableitung der Hypothesen

Die Hypothesen beziehen sich auf die Effektivitätsüberprüfung des Kurses entlang der ersten drei Stufen des Trainings-Evaluationsmodell von Kirkpatrick (Kirkpatrick, 1998), der *Zufriedenheitsebene*, der *Lernerfolgsebene* (hier *Ressourcenebene*) und der *Transferebene*. Es wurden überwiegend Veränderungshypothesen aufgestellt (Bortz & Döring, 2005).

I. Zufriedenheitsebene:

Die Forderung der ersten Stufe des Kirkpatrick-Modells lautet, dass die Teilnehmer zufrieden mit der Maßnahme sind. Entsprechend wurde zunächst als erste Hypothese formuliert:

H₁: Die Teilnehmer sind mit dem Kurs insgesamt zufrieden.

Dieser globale Indikator „Zufriedenheit“ zerfällt in verschiedene Aspekte. Die drei interessierenden Dimensionen waren *Zufriedenheit mit den Kursinhalten*, *Zufriedenheit mit den Methoden des Kurses* und *Zufriedenheit mit dem eigenen Lernerfolg*. Analog hierzu wurde die erste Hypothese in drei Unterhypothesen aufgegliedert:

H_{1,1}: Die Teilnehmer sind mit den Kursinhalten zufrieden.

H_{1,2}: Die Teilnehmer sind mit den Methoden des Kurses zufrieden.

H_{1,3}: Die Teilnehmer sind mit ihrem Lernerfolg zufrieden.

II. Ressourcenebene:

Diese zweite Ebene des Kirkpatrick-Modells spricht die *inhaltliche Validität* des Treatments, also des Kurses an. Die übergeordnete Hypothese ist, dass der Kurs geeignet ist, bei den Teilnehmern positive Veränderungen der gemessenen Variablen der *Beratungskompetenz* und der *kognitiven Ressourcen* zu bewirken.

A) Beratungskompetenz

Das Hauptaugenmerk des Kurses und somit auch der Evaluation lag auf der Ebene des beobachtbaren Verhaltens. Die Teilnehmer sollten durch den Kurs in die Lage versetzt werden, im Allgemeinen lösungsorientierter zu kommunizieren und im Besonderen lösungsorientierte Beratungsgespräche nach Steve de Shazer (z.B. 2006) zu führen. Dies sollte sich auf die sozialen Beziehungen der Teilnehmer positiv auswirken. Damit verbunden ist auch das Generieren lösungsorientierter Fragen zu den einzelnen Phasen von der Auftragsklärung bis zur Lösungsgestaltung (siehe Kapitel 5). Die dritte Hypothese wurde gemäß den *handlungsbezogenen* Lernzielen (siehe 7.4) wie folgt aufgestellt:

H₂: Die Teilnehmer sind nach dem Kurs in der Lage, ein lösungsorientiertes Beratungsgespräch nach dem Modell von Steve de Shazer zu führen.

Zur besseren Überprüfbarkeit wurde Hypothese 2 durch drei Unterhypothesen operationalisiert. *H_{2,1}* bezieht sich auf das Vorhandensein der gesprächsstrukturierenden Phasen *Auftragsklärung*, *Zielklärung* und *Lösungsgestaltung*, *H_{2,2}* bis *H_{2,3}* haben lösungsorientierte Interventionen innerhalb dieser Phasen zum Gegenstand. Die Hypothesen beziehen sich jeweils auf die Rollenspiel-Beratungen zum Posttest.

H_{2,1}: Die Teilnehmer beherrschen nach dem Kurs Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung.

H_{2,2}: Die Teilnehmer fokussieren in ihren Beratungen Unterschiede und Ausnahmen.

H_{2,3}: Die Teilnehmer generieren in ihren Beratungen hypothetische Lösungen.

Um nicht nur mechanisch die zu demonstrierenden Interventionen abzu prüfen, sollte das Beratungsgespräch auch „zwischen den Zeilen“ systemisch-lösungsorientiert sein. Dies bezog sich auf die eher „weiche“ zu realisierende Beratervariable *Lösungsorientierung*. Dies wurde einerseits durch den globalen Summenscore über alle Items des Ratingbogens erfasst, andererseits war dies auch explizit durch das negativ gepolte Item „Problemorientierung“ repräsentiert. Es wurde die Hypothese *H₃* formuliert:

H₃: Das Beraterverhalten der Teilnehmer ist nach dem Kurs lösungsorientierter als vor dem Kurs.

Mit der Lösungsorientierung eng verbunden ist die Beziehungsgestaltung zwischen Berater und Klient, die in der systemisch-lösungsorientierten Beratung betont kooperativ ist. Zur Realisierung dieser Beratervariablen ist eine Zurückhaltung eigener Ratschläge für den Beratungsprozess erforderlich, um die Ressourcen des Klienten für die Beratung zu nutzen. Die Hypothese lautete:

H₄: Die Teilnehmer geben nach dem Kurs im Beratungsgespräch weniger Ratschläge als vor dem Kurs.

Neben dem objektiv beobachtbaren Beraterverhalten wurde auch die subjektive Perspektive der Rollenspielpartner, die bei den Verhaltenstests die Rolle der Klienten einnahmen, in die Evaluation mit einbezogen. Es wurde davon ausgegangen, dass die „Klienten“ zum Messzeitpunkt 2 (Posttest) verglichen zum Messzeitpunkt 1 (Prätest) zufriedener mit den Beratungen sein würden und dass sie diese Beratungen auch als lösungsorientierter wahrnehmen würden. Es wurde die Hypothese H5 und H6 aufgestellt:

H₅: Die Klienten sind mit den Beratungen zum Posttest zufriedener als zum Prätest.

H₆: Die Beratungen zum Posttest werden von den Klienten (im Rollenspiel) lösungsorientierter eingestuft als die Beratungen zum Prätest.

Die gestärkte Beratungskompetenz und interaktionellen Fähigkeiten der Teilnehmer sollten zu einer Reduktion interpersoneller Probleme führen. Um dies explizit zu überprüfen, wurde Hypothese H7 aufgestellt:

H₇: Die Teilnehmer berichten nach dem Kurs weniger interpersonelle Probleme als vor dem Kurs.

B) Kognitive Ressourcen

Im Kurs sollten nicht nur Beratungstechniken trainiert werden, sondern die Teilnehmer sollten das vermittelte Know-how auch für sich selbst im Sinne eines Selbstmanagements nutzen können. Daneben wurden systemische Grundhaltungen vermittelt, die eine professionelle Haltung im beruflichen Alltag fördern. Die unter 7.4 genannten *einstellungsbezogenen* Lernziele zur Auftragsklärung, Beziehungsgestaltung, Lösungs- und Zielorientierung und Kontextbezogenheit sollen die personalen Ressourcen des Helfers stärken. Die Zusammenhänge wurden im Arbeitsmodell in Abschnitt 6.1 herausgearbeitet. Die Ressourcenvariablen, welche durch das Training positiv beeinflusst werden sollten, waren das systemisch-lösungsorientierte deklarative

und prozedurale *Wissen*, die *allgemeine Selbstwirksamkeit*, die *Bedrohungseinschätzungen* und die *proaktive Einstellung* der Teilnehmer. Zu den wissensbezogenen Lernzielen gehörten Kenntnisse bestimmter systemischer und konstruktivistischer Begriffe und Grundannahmen. Es handelt sich bei diesem Wissen um *deklaratives Wissen*, um das „know-what“, das sich als konzeptuelles Wissen in *begriffliches Wissen* und *Faktenwissen* unterteilen lässt (Hasselhorn & Hager, 1998). Daneben war auch der Erwerb *prozeduralen Wissens* Gegenstand des Kurses. Hier ging es um die Anwendung der Grundlagen auf die systemisch-lösungsorientierte Beratung, zunächst als *kognitive Fertigkeiten*, um den Beratungsprozess beurteilen und planen zu können. Im weiteren Verlauf des Kurses spielte dieses „Know-how“ als *psychomotorische Fertigkeit* für das selbständige Durchführen einer Beratung und Generieren lösungsorientierter Fragen eine wichtige Rolle.

Die Hypothesen zu den postulierten Zusammenhängen zwischen der Trainingsmaßnahme als unabhängige Variable und den gemessenen persönlichen Ressourcen als abhängigen Variablen wurden in den Hypothesen H8 bis H11 abgebildet.

H₈: Die Teilnehmer haben nach dem Kurs einen höheren Wissensstand bezüglich systemischer und konstruktivistischer Theoriegrundlagen (deklaratives Wissen) und deren Anwendung im Beratungskontext (prozedurales Wissen) als vor dem Kurs.

H₉: Die Teilnehmer geben zum Posttest eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung an als zum Prätest.

Mit der Selbstwirksamkeit in direktem Zusammenhang steht die Einschätzung, ob ein Ereignis als Herausforderung oder als Bedrohung wahrgenommen wird (Schmitz & Schwarzer, 2000). Durch die gestiegene Selbstwirksamkeit sollten sich die Bedrohungseinschätzungen im Sinne der Befürchtungen, eine Anforderung nicht bewältigen zu können, abschwächen. Es wurde die Hypothese H10 aufgestellt:

H₁₀: Die Teilnehmer fühlen sich zum Posttest weniger durch Anforderungen bedroht als zum Prätest.

Im vierten Kapitel wurde das Konstrukt der proaktiven Einstellung als personale Ressource dargestellt. Es setzt neben der optimistischen Erwartung bezüglich eigener Ressourcen auch eine zuversichtliche Erwartung bezüglich der Umweltressourcen voraus (Schmitz, 1999). Gerade die lösungsorientierte Denkweise sollte bei den Kursteilnehmern diese positive Erwartung fördern. Entsprechend lautete Hypothese H11:

H₁₁: Die Proaktive Einstellung der Teilnehmer ist nach dem Kurs stärker ausgeprägt als vor dem Kurs.

III. Transferebene

Auf der Transferebene war zunächst zu überprüfen, ob die Teilnehmer die Inhalte und Methoden der Trainingsmaßnahme „Einführung der systemisch-lösungsorientierten Beratung“ im Alltag anwenden konnten. Die globale Hypothese zum Trainingstransfer lautete:

H₁₂: Die Teilnehmer können Inhalte und Methoden des Kurses im Alltag anwenden.

Damit verbanden sich vermutete Verbesserungen, die sich auf die sozialen, insbesondere kommunikativen Kompetenzen der Teilnehmer bezogen, z.B. sollte sich das Training bei den berufstätigen Teilnehmern positiv auf die Zusammenarbeit mit Kollegen, Ärzten, Patienten etc. auswirken. Schließlich sollten die Teilnehmer des Kurses einen gesundheitlichen Nutzen in ihrem Alltag wahrnehmen, vor allem sollten sie sich weniger belastet fühlen, was Stress und Burnout betrifft und ihre Ressourcen diesbezüglich als gestärkt wahrnehmen. Entsprechend wurden neben der globalen Hypothese H₁₂ zum Trainingstransfer drei vertiefende Hypothesen, H₁₃ bis H₁₅ aufgestellt. H₁₃ lautete:

H₁₃: Die Teilnehmer nehmen im beruflichen und privaten Alltag eine Verbesserung ihrer sozialen, insbesondere kommunikativen Fähigkeiten wahr.

Das lösungsorientierte Selbstmanagement, welches mit den Teilnehmern erarbeitet wurde, sollte seinen Nutzen auch im Alltag der Probanden unter Beweis stellen. Deshalb sollten diese auch in der Lage sein, das lösungsorientierte Selbstmanagement für die Lösung ihrer eigenen Probleme bzw. Probleme in ihrem Umfeld einzusetzen. So wurde Hypothese 14 als vertiefende Hypothese formuliert:

H₁₄: Die Teilnehmer können das lösungsorientierte Selbstmanagement im Alltag nutzen.

Um den subjektiv eingeschätzten gesundheitlichen Nutzen des Trainingsprogramms für die Teilnehmer zu überprüfen, wurde H₁₅ zum Trainingstransfer aufgestellt.

H₁₅: Die Teilnehmer geben in Bezug auf ihre Ressourcen, Stress und Burnout positive Veränderungen in ihrem Alltag an.

Bezüglich der wiederholt gemessenen Variablen wurde ein *lateral Transfer* (Mandl et. al., 1992) postuliert, das heißt die Effekte sollten über die Zeit hinweg stabil bleiben. Hier wurde eine Katamnese mit den Variablen *allgemeine Selbstwirksamkeit, Bedrohungseinschätzungen, Proaktive Ein-*

stellung sowie *die interpersonellen Probleme* durchgeführt. Die Hypothese zum lateralen Trainings-transfer lautete:

H₁₆: Die positiven Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeit, der Bedrohungseinschätzungen, der proaktiven Einstellung und der interpersonellen Probleme bleiben zum Katamnese-Zeitpunkt erhalten.

TEIL III: EMPIRIE

7. Beschreibung des Kurses „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“

In diesem Abschnitt wird das Curriculum des Kurses „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ beschrieben. Es werden die Zielgruppe, die Inhalte und der Ablauf sowie die Lernziele und angewandten Methoden dargestellt. Der Kurs wird im empirischen Teil dieser Arbeit als *Personalentwicklungsmaßnahme*, *Training*, *Trainingsmaßnahme* oder kurz als *Maßnahme* bezeichnet, wobei die Begriffe synonym gebraucht werden. Durchgeführt wurde das Training von zwei systemischen Beratern.

7.1 Zielgruppe

Der Kurs „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ richtete sich an alle Berufsgruppen, die in der Pflege selbst oder in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden sowie im Pflegemanagement beschäftigt sind, z.B. Mitarbeiter in der Alten- und Krankenpflege, Fachpfleger, Stationsleitungen, Pflegepädagogen und Pflegemanager. Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie waren die Teilnehmer des Kurses Studierende der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen (EFHLU). Die oben genannten Berufsgruppen sollten vom Erwerb systemisch-lösungsorientierter Beratungskompetenz profitieren, da die Arbeitstätigkeiten in diesem Bereich in besonderer Weise von sozialen Interaktionen geprägt sind.

7.2 Inhalt und Ablauf des Kurses

Der Kurs „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung wurde für das erste, dritte und fünfte Semester der Studienfächer Pflegepädagogik/Pflegemanagement an der EFHLU angeboten. Im ersten Semester wurde das Training im Rahmen der Lehrveranstaltung „Kommunikation und Interaktion mit Patienten und Angehörigen“ angeboten, hier war die Teilnahme verbindlich. Die Teilnahme war für das dritte und fünfte Semester freiwillig. Nach entsprechenden Informationsveranstaltungen an der EFHLU wurde eine Teilnahmeliste ausgeteilt, in die sich die Interessenten eintragen konnten. Es meldeten sich im dritten und im fünften Semester 20 bzw. 21 Probanden. Im ersten Semester waren es wegen des Pflichtcharakters der Veranstaltung 40 Teilnehmer. Um die Probanden auf Experimental- und Wartekontrollgruppe aufzuteilen und um die Kursstärke von 12 nicht zu überschreiten, wurden die Semester geteilt. Es ergaben sich für das dritte und fünfte Semester jeweils zwei Gruppen, nämlich eine Experimental- und eine Wartekontrollgruppe. Das erste Semester wurde in zwei Experimental- und zwei Wartekontrollgruppen aufgeteilt. Eine Zufallszuweisung der Teilnehmer zu Experimental- und Kontrollgruppe war jedoch nicht möglich. Die Probanden konnten sich selbst entweder der ersten (=Experimentalgruppe) oder der zweiten Gruppe (=Wartekontrollgruppe) zuordnen. Hierdurch hervorgerufene methodische Probleme werden in Abschnitt 10.2 erörtert. Zur grafischen Veranschaulichung des Versuchsplans siehe Abschnitt 8.2.

Der Kurs umfasste 10 Trainingsstunden, die zeitlich an den Stundenplan der jeweiligen Semester angepasst wurden. Hinzu kamen jeweils ca. zwei Stunden für Prätests und Posttests, die jedoch nicht zur Trainingszeit gerechnet wurden. Im ersten Semester fand der Kurs an vier Terminen zu zweieinhalb Stunden, im dritten Semester an drei Tagen zu drei Stunden und 20 Minuten sowie im fünften Semester an fünf Tagen zu jeweils zwei Stunden statt. Im März 2005 begannen die ersten Kurse des dritten und fünften Semesters, im Mai 2005 die zweiten Kurse der beiden Semester. Im Juni folgten die beiden ersten Kurse des ersten Semesters, wegen Termenschwierigkeiten kam es aber im Untersuchungszeitraum nicht mehr zur Durchführung der zweiten Kurse, so dass im ersten Semester die Kontrollgruppen fehlten.

Der Ablauf des Kurses erfolgte entlang des modifizierten Beratungs-Modells von Steve de Shazer (siehe Kapitel 5). Nachfolgend sollen die wesentlichen Inhalte und die Aufteilung innerhalb des Kurses im zeitlichen Ablauf anhand der Fünf-Block-Aufteilung (à jeweils zwei Zeitstunden) dargestellt werden. Das komplette Trainingsmanual ist im Anhang H abgedruckt.

Trainingsblock 1:

- Begrüßung der Teilnehmer und Vorstellungsrunde
- Überblick auf das gesamte Trainingsprogramm
- Auftragsklärung: Teilnehmer schreiben ihre Erwartungen auf und Klärung, was das Training/der Trainer leisten kann bzw. nicht leisten kann
- Regeln klären (Pausen, Verhalten des Trainers und der Kursteilnehmer)
- Kleine Aufwärmübung: Selbsteinschätzung des eigenen Wohlbefindens und der Beratungskompetenz auf Skala 1-10, lösungsorientierte Frage „warum nicht weniger“? als erste lösungsorientierte Intervention
- Überblick über den ersten Trainingsblock
- Lösungskreis und Problemkreis; Teilnehmer bilden hierzu eigenes Beispiel in Kleingruppen
- Lösungs- und problemorientierte Fragen; Übung „Stellen Sie ursachenorientierte und lösungsorientierte Fragen gegenüber“.
- Theoretische Wurzeln der systemisch-lösungsorientierten Beratung: Systemtheorie und Konstruktivismus

Trainingsblock 2:

- Fragen und Anmerkungen zum ersten Trainingsblock
- Überblick über den zweiten Trainingsblock
- Theorie: wie organisiert sich ein Problem?
- Grundregeln systemisch-lösungsorientierter Beratung
- Phasenmodell eines systemisch-lösungsorientierten Beratungsgespräches
- die Gesprächsvorbereitung
- Kontaktphase und kurze Problembeschreibung
- körpersprachliche Signale zum Ausdrücken von Verständnis/Empathie
- Wichtige Fragen zur Problembeschreibung und Kontextklärung
- Übung: Rollenspiel zur Kontaktphase und kurze Problembeschreibung

Trainingsblock 3:

- Fragen und Anmerkungen zum zweiten Trainingsblock
- Überblick über den dritten Trainingsblock
- Auftragsklärung und wichtige Fragen hierzu
- Prüfen des Kontextes (handelt es sich überhaupt um einen Beratungskontext?)
- Umgang mit verschiedenen Beziehungsangeboten/Beziehungstypen
- Besucher, Kläger und Klient
- „Mission Impossible“ – Auftrag annehmen oder nicht?
- Zielklärung und wichtige Fragen hierzu
- Übung: Rollenspiel zur Auftrags- und Zielklärung

Trainingsblock 4:

- Fragen und Anmerkungen zum dritten Trainingsblock
- Überblick über den vierten Trainingsblock
- Vom Problem zur Lösung: explizit lösungsorientierte Interventionen jeweils mit wichtigen Fragen und Übungen (Rollenspiele)
 - a) Veränderung vor der Beratung
 - b) Ausnahmen
 - c) das konstruieren einer Hypothetische Lösung
 - d) Universallösung

Trainingsblock 5:

- Fragen und Anmerkungen zum vierten Trainingsblock
- Überblick über den fünften Trainingsblock
- Lösungsgestaltung/konkrete Maßnahmen und wichtige Fragen hierzu
- Rückfallprophylaxe
- zur Verantwortung
- Burnout und Kontrollversuche
- das Dreieck Verantwortung, Kontrolle, Kompetenz
- Diskussion zur Auftragslage in Pflegeberufen: erarbeiten möglicher Probleme und Lösungsmöglichkeiten

7.3 Die innere Struktur der Trainingsblöcke

Jeder Trainingsblock enthielt einen *theoretischen Input*, einen Teil *Selbsterfahrung/Selbstreflexion* und das eigentliche *Beratungstraining*. Diese innere Struktur soll nun dargestellt werden.

1. Theorie

Im theoretischen Teil wurden die Grundlagen, soweit sie für das Verständnis der im Kurs behandelten Interventionen notwendig waren, vermittelt. Aufgrund der kurzen Zeit von nur 10 Zeitstunden musste sich dieser Teil des Kurses auf ein Minimum beschränken. Die Vermittlung von deklarativem Wissen diente hauptsächlich der Einordnung und Unterscheidung der angesprochenen systemischen und konstruktivistischen Theorien und Interventionen. Hier wurde nicht in die Tiefe gegangen, sondern einfache Prinzipien mit praktischer Bedeutung für die Beratung erläutert. Die Teilnehmer sollten über ein Minimum an Wissen über die Herkunft dieser Ansätze verfügen, um sich eine eigene Meinung über die lösungsorientierte Beratungsform zu bilden und Verantwortlich damit umzugehen. Dieses Hintergrundwissen sollte für die Teilnehmer eine gewisse Diskussionsgrundlage schaffen, denn sie sollten in der Lage sein, die Nützlichkeit und die Metaziele der systemisch-lösungsorientierten Beratung, wie z.B. „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Stärkung der Ressourcen des Klienten“, für sich selbst kritisch beurteilen zu können.

2. Selbsterfahrung/Selbstreflexion

Die besondere Gefährdung von Menschen in helfenden Berufen für stressbedingte Erkrankungen wurde im 3. Kapitel diskutiert. Um nicht „auszubrennen“ ist deshalb gerade in der Rolle des Helfers ein effizienter Umgang mit den eigenen Ressourcen notwendig. Oftmals haben Menschen in helfenden Berufen Gedanken wie „ich bin für meine Patienten/Klienten verantwortlich“. Die Folge ist, dass zum Teil „unannehmbar“ Aufträge angenommen werden, bei denen eine Aufgabenerfüllung aufgrund von Regulationsüberforderung oder der Arbeitsbedingungen sehr unwahrscheinlich ist. Die Tendenz, für Dinge die Verantwortung zu übernehmen, die nicht kontrollierbar sind, kann als Ausdruck einer hohen Ausgangsmotivation in helfenden Berufen bereits der erste Schritt in den Burnout sein (Schaufeli & Enzmann, 1998). Deshalb legt die systemische Beratung viel Wert auf eine Auftragsklärung, bei der die Arbeitsaufträge ausgehandelt und deren Erfüllbarkeit eingeschätzt werden soll. Hinterfragt wurden im Kurs die (oft impliziten) Aufträge im Berufsalltag. Des Weiteren lernten die Teilnehmer in diesem Kursbaustein Haltungen eines systemisch-lösungsorientierten Beraters wie Problemneutralität,

Konstruktneutralität und Neutralität gegenüber Personen (zu den Begriffen siehe Abschnitt 5.2) kennen und praktizieren. Allgemein gesprochen sollen diese Haltungen und die daraus abgeleiteten Handlungen dafür sorgen, dass es dem Berater bzw. dem Helfer „gut geht“. Von Relevanz für die Stress und Burnout-Symptomatik ist dies deshalb, weil diese Haltungen der Abgrenzung des Beraters dienen und ihn davor schützen sollen, sich allzu sehr in die Problemsicht des Klienten zu vertiefen, um nicht selbst in eine Art „Problemtrance“ (Schmidt, 2005) zu fallen. Daher ist die in der systemisch-lösungsorientierten Beratung angestrebte Beziehungsgestaltung partnerschaftlich geprägt und sieht den Klienten als gleichberechtigt an. Dies ist jedoch nicht nur für den Helfer im Hinblick auf seine eigene Gesundheit wichtig, sondern auch für den Klienten, da der Berater nach systemischem Verständnis nur dann wirklich hilfreich sein kann, wenn er außerhalb des Problemsystems steht und nicht selbst zu dessen Bestandteil geworden ist (Schlippe & Schweitzer, 1997).

Im Sinne der Salutogenese stärkt die lösungsorientierte Denkweise die Autonomie und das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz bzw. die wahrgenommene Selbstwirksamkeit. Zusätzlich wurden die theoretischen Inhalte, wenn möglich, an eigenen Beispielen der Teilnehmer erarbeitet. Im eigentlichen Beratungstraining wurde hauptsächlich mit Rollenspielen gearbeitet, wobei ein Kursteilnehmer jeweils die Rolle des Klienten einnahm. Hier bot sich für Teilnehmer die Gelegenheit, an eigenen relevanten Problemen zu arbeiten. Darüber hinaus wurde den Teilnehmern häufig Selbstreflexion in Form von Betrachtung eines problematischen Sachverhalts aus der Meta-Perspektive („angenommen, wir wären jetzt in einer Beratung ...“) angeboten.

3. Beratungstraining

Hier wurde prozedurales Wissen, also das „Know-how“, vermittelt und die Anwendung der eigentlichen Beratungstechniken, vor allem Fragetechniken, geübt. Die einzelnen Phasen des Gesprächsmodells von Steve de Shazer (de Shazer, 2006) wurden in etwas vereinfachter Form dargeboten (siehe Kap. 5). Zu jeder Phase wurden passende Fragen erarbeitet, wobei Wert darauf gelegt wurde, dass die Teilnehmer lernten, neben den vorgegebenen Fragen auch eigene lösungsorientierte Fragen zu generieren. Die Teilnehmer sollten nach dem Kurs in der Lage sein, ein lösungsorientiertes Gespräch nach dem Ablaufschema von Steve de Shazer zu führen. Ziel war eine Verbesserung der Kommunikation mit Patienten, Angehörigen, Vorgesetzten, Ärzten, Kollegen und, für Pflegepädagogen relevant, mit Schülern. Dies wiederum sollte sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirken. Das Modell von Steve de Shazer (z.B. de Shazer, 2006)

eignet sich auch für ein lösungsorientiertes Selbstmanagement, welches die Teilnehmer zur Lösung ihrer eigenen Probleme anwenden können.

7.4 Lernziele des Kurses

Übergeordnete Ziele wie „Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten“ oder „Stärkung von Autonomie und Selbstwirksamkeit“ lassen sich in *wissensbezogene*, *einstellungsbezogene* und *handlungsbezogene (motorische)* Lernziele operationalisieren, wobei die Trennung der besseren Übersicht dient.

Die wissensbezogenen Lernziele:

1) Folgende Begriffe definieren können:

- System
- Zirkularität
- Kontextbezogenheit
- Problemorientierung/Lösungsorientierung/Ressourcenorientierung

2) Folgende systemische und konstruktivistische Grundannahmen erklären können:

- Grundidee systemischer und konstruktivistischer Ansätze
- „Denken in Auswirkungen“ und „Denken in Ursachen“
- „Handeln macht immer Sinne für den Handelnden“ entsprechend seiner Wirklichkeitskonstruktion
- Verhalten vs. Eigenschaften
- Problemkreis und Lösungskreis wiedergeben und Beispiel hierzu bilden können
- problemorientierte (ursachenbezogene) und lösungsorientierte Vorgehensweisen
- in verschiedenen Kontexten anhand eigener Beispiele unterscheiden und bewerten

3) Theorie autonomer Systeme (Autopoiese) und Bedeutung für den Veränderungsprozess erläutern können

4) Bedeutung lösungsorientierter Ansätze für die Salutogenese erläutern können

5) Die Phasen im Modell von Steve de Shazer benennen können

Die einstellungsbezogenen Lernziele:

1) Aufträge:

- an den Helfer gerichtete Aufträge reflektieren können
- widersprüchliche Aufträge und Rollen erkennen und die sich daraus ergebenden Konflikte bewältigen

2) Beziehungsgestaltung:

- eigene Erwartungen an Patienten/Klienten überprüfen
- Umgang mit asymmetrischen Beziehungen
- Neutralität (Problemneutralität, Konstruktneutralität und Neutralität gegenüber Personen) wahren können
- Trennung von Verhalten und Person praktizieren
- Möglichkeiten zum Umgang mit Verantwortung und Schuld kennen

3) Lösungs- und Zielorientierung:

- Lösungs- und Zielorientierung als übergeordnete Einstellung kennen
- die Konzepte der Kompetenz- und Ressourcenorientierung verstehen
- Ablehnung des pathologischen Widerstandskonzeptes nachvollziehen können
- Kundenorientierung als Einstellung kennen

4) Kontextbezogenheit

- Umfeld des Klienten berücksichtigen
- Wirklichkeitskonstruktionen des Klienten beachten

Die handlungsbezogenen Lernziele:

1) Ein lösungsorientiertes Beratungsgespräch nach Steve de Shazer führen können:

- zu den jeweiligen Phasen gehörende problemorientierte und lösungsorientierte Fragen formulieren
- eine Auftragsklärung durchführen und nicht erfüllbare Aufträge erkennen und hinterfragen
- Vorbereitung eines Beratungsgesprächs

- Kontaktphase und kurze Problembeschreibung
 - Auftragsklärung durchführen
 - Zielklärung durchführen
- 2) Folgende explizit lösungsorientierte Interventionen beherrschen:
- a) Ausnahmen erfragen
 - b) Veränderung vor der Beratung eruieren
 - c) Hypothetische Lösungen generieren
 - d) Universallösung erarbeiten und präsentieren
- 3) Lösungsgestaltung: konkrete Maßnahmen zusammen mit dem Klienten erarbeiten und Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe durchführen

8. Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt werden die Forschungsmethode, die verwendeten Untersuchungsinstrumente, die Probanden der Stichprobe sowie das Vorgehen bei der Erhebung und Auswertung der Untersuchungsdaten beschrieben. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie und die Überprüfung der Hypothesen werden im nächsten Kapitel dargestellt.

8.1 Forschungsmethode und Datenerhebung

Die vorliegende Evaluationsstudie gehört in den Bereich der *Evaluationsforschung*, da der Beweis des Nutzens des durchgeführten Kurses mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden geführt wurde (Rossi & Freeman, 1993).

8.1.1 Grundsätzliche Fragen zur Forschungsmethode

Zunächst stellt sich in der Evaluationsforschung die Frage, ob quantitative oder qualitative Methoden bzw. beide als Kombination zum Einsatz kommen sollen. Die Entscheidung für das qualitative oder das quantitative Evaluationsparadigma hat jeweils unterschiedliche Implikationen für die ausgesuchten Methoden und Instrumente. Möchte man den Untersuchungsgegenstand in seiner ganzen Breite erfassen, um z.B. Hypothesen zu generieren, eignet sich der qualitative Ansatz (Mayring, 1995). Der quantitative Ansatz erlaubt detaillierte Aussagen wie das überprüfen dieser Hypothesen.

Die vorliegende Studie ist quantitativ ausgerichtet, wobei es in erster Linie um die Wirksamkeitsüberprüfung einer Intervention geht und nur in zweiter Linie um deren Verbesserung und Weiterentwicklung. Dies spiegelt sich auch in der Favorisierung quantitativer Methoden und in

der Tatsache, dass die Bewertung der Maßnahme erst nach deren Beendigung stattfand, wider. Der *internen Validität* wurde in der Studie ein hoher Stellenwert eingeräumt, das heißt die gefundenen Effekte sollten mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit der Intervention, das heißt dem Kurs, zugeschrieben werden können (Bortz & Döring, 2006). Mittels standardisierter Datenerfassung und -auswertung sollten genaue Aussagen bezüglich der Wirksamkeit der Intervention gemacht werden können. Dennoch sollte auch eine befriedigende *externe Validität* im Sinne einer Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse auf andere Situationen und Populationen gegeben sein (Wittmann, 1985). Vom Ideal einer kontrollierten Messung bzw. eines kontrollierten Experimentes musste, wie bei Evaluationsstudien im Feld üblich, abgegangen werden. So war eine randomisierte Zuweisung der Probanden zu den Untersuchungsgruppen nicht möglich. Der Evaluator hatte als Kursleiter ein natürliches Interesse an einer positiven Bewertung der Maßnahme. Inwieweit trotzdem ein ausreichendes Maß an Objektivität und Reliabilität erreicht werden konnte, wird in Abschnitt 8.2.2 erörtert.

8.1.2 Das Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick (1983, 1998)

Das in Kapitel 7 beschriebene Training wurde anhand der ersten drei Ebenen des Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick (1983, 1998) evaluiert, der *Zufriedenheitsebene*, der *Lernerfolgsebene* und der *Transferebene*. Auf eine ausführlichere Darstellung des Modells wird an dieser Stelle aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Der interessierte Leser findet bei Gülpen (1996) einen Überblick. Die Unternehmenserfolgsebene war nicht Gegenstand der Evaluation.

Die *Zufriedenheit* der Kursteilnehmer mit den Kursinhalten, Methoden des Kurses und ihrem Lernerfolg wurde mittels Zufriedenheitsfragebogen ermittelt. Auf der *Lernerfolgsebene* wurden verhaltensbezogene und kognitive Ressourcen mit nachgewiesener Wirkung gegen Stress und Burnout gefördert. Von daher wurde anstatt des Begriffs Lernerfolgsebene der Terminus „Ressourcenebene“ gewählt. Hier wurden standardisierte Fragebögen zu kognitiven Ressourcen, ein Wissenstest und Rollenspiele von Beratungsgesprächen eingesetzt, welche die Teilnehmer miteinander führten. Diese wurden auf Video aufgezeichnet und die Videobänder von unabhängigen Ratern ausgewertet. Die *Transferebene* schließlich wurde mit standardisierten sowie einem selbst konstruierten, nicht-standardisierten Fragebogen überprüft. Auf der Unternehmenserfolgsebene wäre denkbar gewesen, objektive Daten wie Gesundheitskosten oder sinkende Fehlzeiten in Rechnung zu stellen (Kirkpatrick, 1998). Die Evaluation bezog sich jedoch nicht auf ein bestimmtes Unternehmen oder Krankenhaus. Die Teilnehmer waren Studenten und nur nebenberuflich beschäftigt, dabei in unterschiedlichen Kliniken bzw. sogar in

unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Der Beitrag des 10-stündigen Trainings eines einzelnen Mitarbeiters auf monetäre oder nichtmonetäre Unternehmensziele wäre somit nur sehr schwer feststellbar und darüber hinaus kaum von praktischer Relevanz.

8.2 Evaluationsdesign

Zur Überprüfung der in Abschnitt 6.2 beschriebenen Hypothesen wurde ein Prä-Post-Kontrollgruppen-Design implementiert mit zwei Gruppierungsstufen: erstens eine Experimentalgruppe (EG), die in diesem Fall Trainingsgruppe (TG) genannt wurde, und zweitens eine Kontrollgruppe (KG). Es gab zwei Hauptmesszeitpunkte zur Effektivität des Kurses, nämlich Prä- und Postmessung. Ein halbes Jahr später erfolgte eine Katamnese als dritter Messzeitpunkt, bei dem allerdings nur die kognitiven Variablen (allgemeine Selbstwirksamkeit, proaktive Einstellung, Bedrohungseinschätzungen) und die interpersonellen Probleme erneut erhoben wurden. Außerdem wurde den Teilnehmern zum dritten Messzeitpunkt ein *Fragebogen zum Trainingstransfer* ausgegeben.

Bei der Forschung im Feld muss sich der Forscher meistens mit natürlichen Gruppen begnügen, eine zufällige Zuteilung der Probanden zu den Bedingungen (TG oder KG) ist die Ausnahme (Bortz & Döring, 1995). Es war geplant, die Teilnehmer zufällig zu TG oder KG zuzuweisen, was sich jedoch nicht durchsetzen ließ, da viele Teilnehmer Präferenzen bezüglich einer früheren oder späteren Teilnahme hatten. Dadurch waren die Gruppen bereits nahezu vollständig festgelegt. Hier waren die Limitationen durch die praktischen Gegebenheiten bei der Versuchsplanung zu akzeptieren.

In vorliegender Evaluationsstudie wurde ein *Nichtexperimenteller Treatmentpfad* eingeschlagen, wobei sich auch hier mit Hilfe der Einführung einer Kontrollgruppe und Kontrolle von Störvariablen valide Ergebnisse erzielen lassen (Wittmann, 1985). Dieser als *quasiexperimentell* bezeichnete Versuchsplan wurde realisiert, indem jeweils zwei Vergleiche stattfanden:

- 1) Der Vergleich jedes Teilnehmers mit sich selbst.
- 2) Der Vergleich der Probanden der TG mit den Probanden der KG.

Es war weder ethisch vertretbar noch praktisch durchführbar, den Teilnehmern der Kontrollgruppe das Training vorzuenthalten. Den Projektverantwortlichen an der EFHLU war wichtig, allen interessierten Studierenden der entsprechenden Semester die Kursteilnahme zu ermöglichen. Außerdem hätte dies die Anzahl der Probanden verringert. So wurde als KG eine Warte-

kontrollgruppe installiert, bei denen die KG das Training ebenfalls erhielt, jedoch zeitversetzt, so dass die Post-Messung der TG mit der Prä-Messung der KG zeitlich in etwa zusammenfiel. Für eine „echte“ KG hätte noch eine zusätzliche Prä-Messung installiert werden müssen, was jedoch aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht zu realisieren war. Abb. 14 gibt einen Überblick über das Evaluationsdesign (MZIP = Messzeitpunkt).

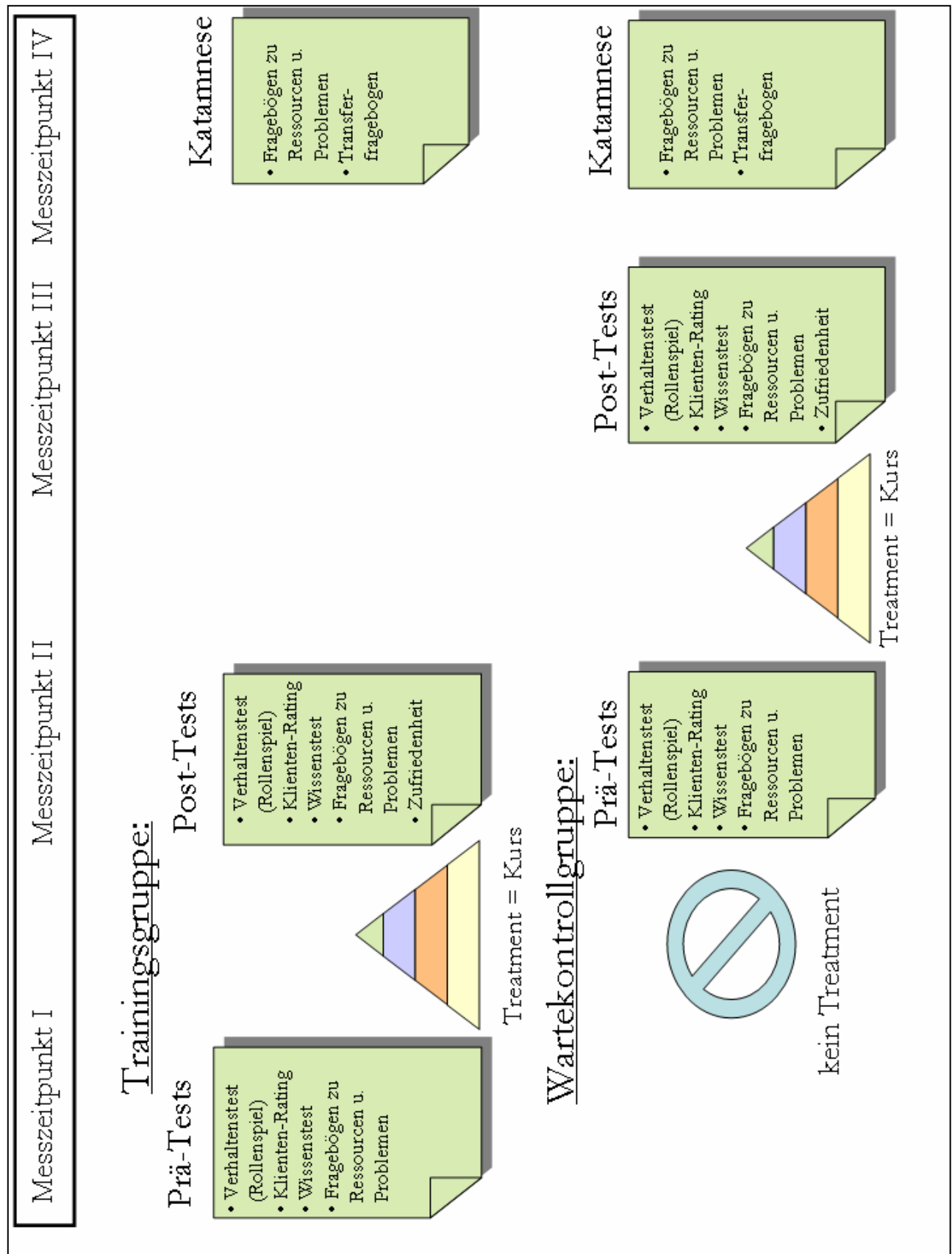


Abb. 14: Überblick über das Evaluationsdesign

8.3 Forschungsinstrumente

Zur Evaluation der Trainingsmaßnahme „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ wurden zur Datengewinnung Tests, Fragebogen und Rating-Inventare eingesetzt. Diese werden in diesem Abschnitt beschrieben.

8.3.1 Zufriedenheitsebene: der Zufriedenheitsfragebogen

Zufriedenheit ist der schwächste Indikator für die Trainingseffektivität, denn zufriedene Teilnehmer müssen nicht unbedingt einen Lernerfolg für sich verbuchen. Im Zufriedenheitsfragebogen wurde neben den affektiven Reaktionen besonderen Wert auf die wahrgenommene Nützlichkeit gelegt, da diese höher mit dem Lernerfolg korreliert als affektive Reaktionen (Alliger & Tannenbaum, 1997). Als Grundlage des Fragebogens diente ein Evaluationsbogen für die Qualitätskontrolle von Lehrveranstaltungen im Rahmen der Verhaltenstherapie-Ausbildung am *Institut für Verhaltenstherapie Kurpfalz* in Mannheim. Um die Teilnehmer nicht mit zuviel Fragebögen zu belasten, wurde nur eine Zufriedenheitsmessung für jeden Probanden am Ende des Kurses durchgeführt. Dies hatte den Nachteil, dass keine Zufriedenheitsverläufe erhoben werden konnten, was jedoch bewusst in Kauf genommen wurde, da der Schwerpunkt der Evaluation auf der Absicherung des Lernerfolgs lag, die Zufriedenheitsebene jedoch nur der schwächste Indikator für die Effektivität der Maßnahme ist. Die Zufriedenheitsfragebogen wurden anonym ausgefüllt, um die Validität der Messung nicht zu gefährden. Der komplette Zufriedenheitsfragebogen findet sich im Anhang A.

Der Fragebogen gliederte sich in die Bereiche *Zufriedenheit mit den Kursinhalten*, *Zufriedenheit mit den Methoden des Kurses* und *Zufriedenheit mit dem eigenen Lernerfolg*.

1) Die Items zur Zufriedenheit mit den Kursinhalten:

Zufriedenheit mit...

- 1) ...der Klarheit der Lehrziele,
- 2) ...der Relevanz der Veranstaltung für das Ausbildungsziel,
- 3) ...der Auswahl der Inhalte,
- 4) ...der Struktur und Übersichtlichkeit des Stoffes.

2) Die Items zur Zufriedenheit mit den Methoden:

Zufriedenheit mit...

- 5) ...der Art und Weise der Stoffvermittlung,
- 6) ...der Arbeitsatmosphäre,
- 7) ...den Rückmeldungen über meine eigene Leistung,
- 8) ...dem Ablauf der praktischen Übungen.

3) Die Items zur Zufriedenheit mit dem eigenen Lernerfolg:

- 9) ... Umsetzbarkeit in meiner täglichen Arbeit,
- 10) ... Fortschritt in lösungsorientierter Gesprächsführung,
- 11) ... Vertiefung meines Wissens,
- 12) ... meinem Lernerfolg insgesamt.

Zur Bewertung wurden die Probanden gebeten, den Grad ihrer Zufriedenheit als Noten auf einer 6-stufigen Skala anzugeben (1= sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend). Zu den Vorteilen einer Notenskala von 1 bis 6 gehört, dass die Probanden für alle Items den gleichen Maßstab anlegen können, sie nicht in ihrer Differenzierungsfähigkeit überfordert sind und dass die Urteile ohne Umrechnung direkt verfügbar sind. Außerdem ist dieses Bewertungssystem bereits allen Probanden bekannt. Schulnotenskalen gehören zu den so genannten direkten Messmethoden, bei denen das Ergebnis der Messung sofort ersichtlich und nicht zuerst aus einem Modell abgeleitet wird (Bortz & Döring, 2005).

8.3.2 Instrumente auf der Ressourcenebene

Die Instrumente auf der Ressourcenebene waren ein Wissenstest, auf Video aufgezeichnete Rollenspiele von Beratungsgesprächen, der Ratingbogen für die Auswertung der Videosequenzen, ein Klientenfragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung sowie standardisierte Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit, proaktiven Einstellung, zur Bedrohungseinschätzung und das Inventar Interpersoneller Probleme.

8.3.2.1 Wissenstest

Ein Test im sozialwissenschaftlichen Sinne ist ein Verfahren zur Erfassung des Ausprägungsgrades bestimmter Personmerkmale (Lienert & Raatz, 1998). In Ermangelung eines geeigneten standardisierten Wissenstests und in Anbetracht der zur Verfügung stehenden zeitlichen, personalen und finanziellen Ressourcen wurde der Test vom Kursleiter und zwei weiteren syste-

systemischen Beratern konstruiert. Entsprechend handelt es sich bei dem Wissenstest um einen *Nicht-Standardisierten* oder *informellen* Test, bei dem die Validierung vornehmlich anhand der Überprüfung der inhaltlichen Validität vorgenommen wurde (Lienert & Raatz, 1998). Der Wissenstest wurde gemäß den *wissensbezogenen Lernzielen* (siehe Kapitel 7.2) operationalisiert, der exakte Vorgaben für den Lernerfolg machte. Er sollte die Kenntnis und das Verständnis der systemischen und konstruktivistischen Theoriegrundlagen und der lösungsorientierten Gesprächsführung abprüfen. Aus einem Itempool von 20 geschlossenen Fragen wurden sechs aussortiert, welche vom Kursleiter und zwei weiteren systemischen Beratern als uneindeutig oder zu schwierig eingestuft wurden. Es blieben 14 Fragen übrig, die per Zufall auf zwei Paralleltests aufgeteilt wurden, dem Wissens-Prä- und -Posttest. Diese Vorgehensweise hatte den Vorteil, den Test sehr gut auf das Trainingsprogramm zuschneiden zu können. Der Test fragte ähnlich wie bei einem Vokabeltest exakt die Begriffe ab, die im Kurs behandelt wurden. Daher ist von einer ausreichenden *Inhaltsvalidität* auszugehen. Außerdem besitzt der Test *Augenscheinvalidität*, die ebenfalls durch Experteneinschätzungen bestätigt wurde. Es ist wahrscheinlich, dass die Teilnehmer bei richtiger Beantwortung aller Fragen die wissensbezogenen Lernziele erreichten.

Die *Durchführungsobjektivität* war gegeben, da der Test als Gruppentest durchgeführt wurde und für alle Probanden die gleichen Bedingungen galten. Gleiches gilt für die *Auswertungsobjektivität*, da es keinen Spielraum für die Bewertung der Aufgaben als „richtig“ oder „falsch“ gab (siehe Auswertung der Daten Kapitel 8.6). Die *Retest-Reliabilität* des Tests konnte kaum korrekt bestimmt werden, da nicht derselbe, sondern ein paralleler Test als Posttest vorgelegt wurde. Sie betrug als Produkt-Moment-Korrelation ausgedrückt lediglich $r = -.03$. Die *Paralleltest-Reliabilität* konnte nicht bestimmt werden, da die Parallelform des Tests der bereits trainierten Gruppe vorgelegt wurde und Veränderungen in den Messwerten nicht als Fehlervarianz, sondern hauptsächlich als Treatment-Varianz angesehen wurden. Für die Wissenstests lagen nur Ergebnisse auf Skalenebene vor, außerdem erschien eine zusätzliche Auswertung auf Itemebene im Rahmen dieser Studie als zu aufwändig. Die Berechnung der Reliabilität nach der *Split-half-Methode*, bei welcher der Test in zwei Hälften geteilt und die Korrelation zwischen den Hälften berechnet wird oder nach *Cronbachs Alpha*, wobei die durchschnittlichen Korrelation der Items berechnet werden, wurde daher nicht durchgeführt. Dies wäre jedoch für zukünftige Untersuchungen mit diesem oder einem ähnlichen Instrument anzuregen.

Um ein Raten unwahrscheinlicher zu machen, konnten jeweils mehrere Antworten richtig, aber auch alle Antwortalternativen falsch sein. Eine Aufgabe war jeweils so viele Punkte „wert“,

wie sie Antwortalternativen hatte. *Prä-* und *Posttest Wissen* sind vollständig im Anhang B und C abgedruckt, so dass hier nur zwei Itembeispiele wiedergegeben werden:

Wissenstest Prä:

Frage 3: Steve de Shazer unterscheidet welche Kliententypen?

- a) Besucher, Klient, Indexpatient
- b) Patient, Klient, Co-Berater
- c) Kunde, Besucher, Kläger
- d) Kunde, Patient, Co-Berater

Wissenstest Post :

Frage 1: Systemisch denken heißt...

- a) ...in Kreisläufen denken
- b) ...dass der Unterschied zwischen Tatsachen und Problemen in der Bewertung liegt
- c) ...den Kontext berücksichtigen
- d) ...dass die Auswirkungen eines Problems wichtiger sind als die Ursachen

Die Items sollten sich im mittleren Schwierigkeitsbereich befinden, um möglichst gut zwischen Teilnehmern mit hohem Wissen und Teilnehmern mit geringerem Wissen zu differenzieren. Experten sollten in der Lage sein, alle Items richtig zu beantworten. Zu allen Fragen waren jeweils verschiedene Antworten vorgegeben (*Multiple-Choice*), entweder als Alternativantworten mit zwei oder als Auswahlantworten mit mehreren Antwortmöglichkeiten. Ein Test mit halb-offenen oder offenen Fragen hätte von den Teilnehmern *freies Erinnern* gefordert, was im Gegensatz zum leichteren *Wiedererkennen* zu hohe Anforderungen an die Teilnehmer gestellt hätte. Zum einen war nicht zu erwarten, dass die untrainierten Probanden über substantielle Vorkenntnisse verfügten. Dies gilt umso mehr, als sich der *Lernzielkatalog Wissen* lediglich auf die wichtigsten Grundbegriffe systemischer und konstruktivistischer Theorien und des Gesprächsmodells von Steve de Shazer bezog. Zum anderen war die Entscheidung für geschlossene Fragen auch eine Frage der Konstruktvalidität, denn offene Fragen hätten hier, bedenkt man den kurzen Schulungszeitraum, mehr die Verbalisationsfähigkeit der Teilnehmer als deren Wissen abgefragt.

8.3.2.2 Rollenspiele

Das Rollenspiel, das sich unter anderem aus dem Psychodrama entwickelt hat, zählt zu den Lernspielen und simuliert bestimmte Ausschnitte der Realität (Bliesener & Brons-Albert, 1994). Im Bereich der Evaluation finden Rollenspiele Verwendung, um Wissen oder Fertigkeiten in simulierten Situationen zu überprüfen. Rollenspiele gehören neben Fallstudien, Arbeitsproben, Simulationen, Planspielen oder Gruppendiskussionen zu den *situativen Tests*. Der Vorteil von situativen Tests ist die Realitätsnähe und damit eine hohe ökologische Validität, das heißt es ist eine Übertragung der Ergebnisse der Evaluation auf die natürliche Umgebung der Versuchspersonen möglich (Lienert & Raatz, 1998).

Jeder Teilnehmer des Kurses absolvierte vor Kursbeginn ein Rollenspiel als Vortest. Es gab jeweils einen Berater und einen Klienten im Rollenspiel. Die Rollen wurden nach Möglichkeit so durchgewechselt, dass ein Proband, der gerade „Berater“ war, nun nicht von seinem „Klienten“ beraten wurde, sondern von einem anderen Teilnehmer. Dies diente neben der besseren Distanzierung von der Rolle einer Erhöhung der Validität, da ein Rollenspiel durch Erhöhung der Rollenidentifikation realitätsnäher wird. Werden Rollenspiel zu pädagogischen oder psychotherapeutischen Zwecken eingesetzt, laufen sie gewöhnlich nach folgendem Muster ab: nach einer *Aufwärmphase* folgt die *Spielphase*, anschließend die *Entlassungsphase*, in der die Teilnehmer Abstand von der Rolle gewinnen, und schließlich eine *Reflektionsphase* (Van Ments, 1998). Die Rollenspiele sollten nicht länger als 20 Minuten dauern, bei längeren Beratungsgesprächen wurden diese abgebrochen. Um die Realitätsnähe zu erhöhen und wegen Zeitmangels fiel die Aufwärmphase weg. Zu Beginn der Spielphase wurde den Beratenden folgende kurze schriftliche Anleitung gegeben: „Helfen Sie dem Kollegen/der Kollegin, eine für ihn/sie passende Lösung seines/ihrer Problems zu finden“. Für die Klienten lautet die Anleitung für das Rollenspiel ebenfalls knapp: „Versuchen Sie, aktiv an der Lösung mitzuwirken“. Sie bekamen zusätzlich eine mündliche Anweisung, sich ein mittelschweres, wenn möglich reales Problem zu wählen. Die Reflektionsphase erfolgte erst nachdem alle Probanden ihre Rollenspiele absolviert hatten, als Bestandteil des Kurses. Hier reflektierten die Teilnehmer folgende Fragen:

- a) Was war gut?
- b) Was kann ich schon?
- c) Über welche Beratungskompetenzen verfüge ich bereits?
- d) Was möchte ich mir erhalten/beibehalten?

e) Was sollte so bleiben wie es ist?

Nach Ende des Kurses absolvierte jeder Proband ein weiteres Beratungsgespräch als Rollenspiel, was ebenfalls auf Video aufgezeichnet wurde. Die Anweisungen und alle Bedingungen waren möglichst identisch mit denen des Vortests, mit Ausnahme natürlich, dass die Teilnehmer nun den Kurs abgeschlossen hatten.

Die Bewertung der Leistung der Testpersonen erfolgte durch Videoaufzeichnungen der Rollenspiele. Zum einen ermöglichte dies, mehrere unabhängige Rater an der Bewertung zu beteiligen. Zum anderen konnten die Videoaufzeichnungen für das Rating so mehrmals angeschaut werden.

Es wurde versucht, den Hauptfehlerquellen des Erhebungsinstrumentes „Rollenspiel“, nämlich *Tendenz zur Selbstdarstellung*, *Tendenz zur sozialen Erwünschtheit* und *spezielle Antworttendenzen* (Sader, 1986) zu begegnen. Dazu wurden die Teilnehmer darauf hingewiesen, dass alle Videobänder nur vom Kursleiter und bestimmten wissenschaftlichen Mitarbeitern angeschaut würden. Weitere Informationen waren, dass es kein Feedback auf die Bänder geben würde, dass keine individuellen Ergebnisse interessierten und nur auf Gruppenebene ausgewertet würde. Die Bänder würden nach einer gewissen Zeit gelöscht. Damit sollte auch der Angst vor einer schlechten Bewertung begegnet werden, die sich mit der Tendenz zur Selbstdarstellung verbindet.

8.3.2.3 Ratingbogen für das Rating der Videosequenzen

Das Ziel bei der Konstruktion des Ratingbogens war es, das im Kurs vermittelte Gesprächsmodell von Steve de Shazer (2006) so gut wie möglich abzubilden. Ausgangspunkt der Suche nach einem geeigneten Instrument für die Auswertung der Beratungsgespräche war das *Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen* (RLI) von Honermann et. al. (1999). Das RLI ist ein valides, reliables und recht umfangreiches Kodierinstrument mit 21 Items, mit dem die wesentlichen Aspekte lösungs- und ressourcenorientierter Gesprächsführung abgebildet werden können (Schiepek et. al., 1997). Die Auswertung mit diesem Instrument ergibt ein dreidimensionales Schaubild eines Beratungsgesprächs. Auf der ersten Achse wird der Zeitverlauf, auf der zweiten Achse werden alle 21 bzw. die auf sieben Faktoren reduzierten Items grafisch veranschaulicht. Die dritte Achse zeigt die Ausprägung der Items von 0 = „nicht realisiert“ bis 4 = „außerordentlich realisiert“. So ergeben sich typische „Landschaften“ für lösungsorientierte Gespräche, für problemorientierte Gespräche etc. Die sieben Faktoren bzw. Dimensionen sind (Honermann et al., 1999):

1. Problemanalyse/Defizitorientierung
2. Zielaktualisierung
3. Konkretisierung von Lösungen
4. Kooperative Beziehungsgestaltung
5. Ressourcenorientierung
6. Alternatives Denken/Musterunterbrechung
7. Reframing (Umdeutung)

Das Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI) wurde mit dem modifizierten Gesprächsmodell von Steve de Shazer abgestimmt. In Tab. 2 sind die Überschneidungen und Unterschiede der beiden Konzeptionen tabellarisch dargestellt.

In der linken Spalte sind die RLI-Items aufgelistet, in der mittleren Spalte die entsprechenden Phasen des Beratungsmodells des Kurses (siehe Abschnitt 5.4) und in der rechten Spalte die Items des verwendeten Ratingbogens.

Die Dimensionen *Problemanalyse* und *Konkretisierung von Lösungen* wurden ohne inhaltliche Änderungen als Items „Problemorientierung“ und „konkrete Schritte in Richtung Lösung“ in das neue Instrument übernommen. *Zielaktualisierung* findet sich in Steve de Shazers Modell mit einer etwas anderen Akzentuierung als „Zielklärung“ wieder.

Die *kooperative Beziehungsgestaltung* zeigt sich in der lösungsorientierten Gesprächsführung einerseits phasenübergreifend, andererseits drückt sie sich explizit darin aus, dass der Berater keine Ratschläge erteilt, sondern zusammen mit dem Klienten eine passende Lösung erarbeitet. Im endgültigen Ratingbogen hieß das entsprechende Item „Ratschläge“ und ist bei niedriger Ausprägung ein Indikator für kooperative Gesprächsführung.

RLI-Item	Phase im Beratungsmodell	Item im Ratingbogen
1. Problemanalyse /Defizitorientierung	Kontaktphase und kurze Problemschilderung	Problemorientierung
2. Zielaktualisierung	Zielklärung	Zielklärung
3. Konkretisierung von Lösungen	Lösungsgestaltung/konkrete Maßnahmen	konkrete Schritte in Richtung Lösung
4. kooperative Beziehungsgestaltung	[phasenübergreifend] explizit in Auftragsklärung	Ratschläge
5. Ressourcenorientierung	[phasenübergreifend]	[betrifft alle Items]
6. alternatives Denken/ Musterunterbrechung	Vom Problem zur Lösung: a) Veränderung vor der Beratung b) Ausnahmen c) Hypothetische Lösung d) Universallösung	Zwei Items: 1) Unterschiede und Ausnahmen 2) hypothetische Lösung
7. Reframing (Umdeutung)	[bei Steve de Shazer explizit als Intervention behandelt]	[nicht explizit Lerninhalt]

Tab. 2: RLI-Items, Phasen im Beratungsgespräch und Items des modifizierten Ratingbogens

Die *Ressourcenorientierung* stellt in vorliegender Konzeption einen übergreifenden Faktor dar. Da alle Items bei hoher Ausprägung ein ressourcenorientiertes Gespräch abbilden, geht die Ressourcenorientierung übergreifend in die Gesamtbewertung mit ein, ohne explizit als Item formuliert worden zu sein.

Die Dimension *alternatives Denken/Musterunterbrechung* finden sich in den lösungsorientierten Interventionen a) bis d) wieder (siehe Kapitel 5) und werden durch die Items „Unterschiede und Ausnahmen“ und „hypothetische Lösung“ abgebildet.

Die Faktoren *alternatives Denken/Musterunterbrechung* und *kooperative Beziehungsgestaltung* wurden modifiziert, um von den verhaltensferneren Dimensionen näher an das beobachtbare Verhalten zu rücken. Der Bereich des „Reframing“ wurde im Kurs ausgespart, so dass dieses Item nicht berücksichtigt wurde.

Der endgültige Ratingbogen mit den Beschreibungen der Items sowie Hinweise für die Rater findet sich im Anhang D. Er enthielt sieben Dimensionen:

- 1) Problem-Orientierung
- 2) Ratschläge
- 3) Auftragsklärung
- 4) Zielklärung
- 5) Unterschiede und Ausnahmen
- 6) Hypothetische Lösung
- 7) Konkrete Schritte in Richtung Lösung

Neben der Vereinfachung durch die Daten*reduktion* haben die sieben Dimensionen des endgültigen Ratingbogens auch den Vorteil der Daten*aggregation*, wodurch die erhobenen Daten reliabler sind (Wittmann, 1985).

Die Videoaufnahmen wurden von den Ratern anhand der sieben Dimensionen bewertet, wobei sie bei jedem Item angeben sollten, ob sie die beschriebenen Verhaltensweisen „gar nicht wahrgenommen“, „kaum wahrgenommen“, „mittelmäßig wahrgenommen“, „ziemlich wahrgenommen“ oder „außerordentlich wahrgenommen“ hatten.

Insgesamt besitzt der verwendete Ratingbogen den Status eines *Screening-Instruments*. Validitätshinweise ergeben sich durch die inhaltliche Übereinstimmung mit dem RLI, welches nachgewiesenermaßen allen Gütekriterien der Klassischen Testtheorie genügt (Honermann et al., 1999). Neben einer hinreichenden Augenscheinvalidität besitzt der Ratingbogen auch eine ausreichende Inhaltsvalidität, da die Items exakt den im Kurs trainierten Verhaltensdimensionen entsprechen.

Bei den Ratern handelte es sich um wissenschaftliche Hilfskräfte und Diplomanden der Professur für Berufs- und Wirtschaftspädagogik an der Universität Mannheim. Die Rater waren unabhängig, da sie nicht in das Projekt eingebunden waren und außer der Raterschulung keine

Kenntnisse der Trainingsinhalte hatten. Daher kann von einer befriedigenden *Objektivität* der Auswertung ausgegangen werden. Es konnte durch entsprechende Raterschulungen eine befriedigende *Interrater-Reliabilität* erreicht werden. Der *Intraclass-Korrelationskoeffizient* betrug $R_u = .77$ für das Raterpaar A und B und $R_u = .69$ für das Raterpaar C und D, wobei Werte ab .7 als Hinweis auf eine gute Reliabilität gelten (Honermann, Müssen, Brinkmann & Schiepek, 1999). Zur genauen Berechnung der Interrater-Reliabilität siehe Abschnitt 9.2.2.1.

8.3.2.4 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung

Im Rahmen der vorliegenden Studie diente das subjektive Empfinden des Rollenspiel-„Klienten“ als zusätzliche Informationsquelle für die Evaluation. Wie in Hypothese H_6 formuliert, sollten die Klienten mit den Beratungen zum Posttest zufriedener sein als zum Prätest. Zusätzlich wurden die „Klienten“ nach verschiedenen Dimensionen der systemisch-lösungsorientierten Gesprächsführung befragt (siehe H_7). Für eine weitere Analyse war von Bedeutung, inwieweit die objektiv beurteilten Maße mit den subjektiven Kriterien übereinstimmen, ob z.B. ein objektiv als lösungsorientiert eingestuftes Gespräch auch zufrieden stellender für den Beratenen ist. Den „Klienten“ wurde unmittelbar nach der Beratung ein Fragebogen mit 10 fünfstufigen Items vorgelegt mit der Möglichkeit, „stimmt genau“, „stimmt etwas“, „weder noch“, „stimmt nicht“ oder „stimmt überhaupt nicht“ anzukreuzen.

Die Items zur *Zufriedenheit mit der Beratung* stammen aus dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989):

1. „Würden Sie einem/r Freund (Freundin) die Beratung empfehlen?“
2. „Wie würden Sie die Qualität der Beratung, die Sie erhalten haben, beurteilen?“
3. „Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welches Sie erhalten haben?“
4. „Hat die Beratung die Sie erhielten, Ihnen geholfen?“
5. „Haben Sie die Art der Beratung erhalten, die Sie wollten?“

Bei der Konstruktion und Auswahl der Items zur *Lösungsorientierung* wurde ähnlich wie beim Wissenstest ein qualitatives Vorgehen unter Mithilfe von Experten (zwei Systemische Berater, eine Psychotherapeutin) gewählt. Item 1 („Wir haben meine Schwierigkeiten von vielen Seiten betrachtet“) beschreibt bei hoher Ausprägung eine problemorientierte Gesprächsführung und bei niedriger Ausprägung eine lösungsorientierte Gesprächsführung. Hierbei wird von der An-

nahme eines Kontinuums mit den beiden Polen *Problemorientierung* und *Lösungsorientierung* ausgegangen. Alle übrigen Items erfassen augenscheinlich den Grad der Lösungsorientierung und besitzen von daher Augenscheinvalidität. Sie besitzen inhaltlich Validität, da sie lösungsorientierte Verhaltensweisen eines Beraters beschreiben. Das Instrument stellt keinen Anspruch auf Erfüllung der klassischen Test-Gütekriterien, es stellt eher ein Screening-Instrument dar, mit dem die grobe Richtung eines Gespräches sowie die spontan geäußerte Zufriedenheit des Klienten ökonomisch erfasst werden können. Alternativ hätten sich, allerdings bei erhöhtem zeitlichem und personellem Aufwand, halbstandardisierte Interviews angeboten.

Die *systemisch-lösungsorientierte Ausrichtung* der Beratung wurde durch folgende Items geprüft:

- „Wir haben meine Schwierigkeiten von vielen Seiten betrachtet“
- „Der Berater hat oft lobende und anerkennende Bemerkungen gemacht“
- „Ich habe eine klare Vorstellung von einer möglichen Lösung bekommen“
- „Der Berater hat meine bisherigen Lösungsversuche thematisiert“
- „Der Berater hat mir geholfen, auch die positiven Seiten des Problems zu sehen“

8.3.2.5 Skala „allgemeine Selbstwirksamkeit“ (z.B. Schwarzer et al., 1999)

In vorliegender Studie sollte die Selbstwirksamkeit im Sinne einer allgemeinen „Lebensbewältigungskompetenz“ (Schmitz & Schwarzer, 2000, S. 20) erfasst werden. Der Grad der Spezifität der zugrunde liegenden Selbstwirksamkeitsskala ist hierbei von der Forschungsfrage abhängig. Die Bedeutung des Konstrukts und Zusammenhänge mit Stress und Burnout wurden in Kapitel 4 dargestellt.

Es wurde die revidierte Fassung des Fragebogens zur allgemeinen Selbstwirksamkeit von Schwarzer & Jerusalem (1999) eingesetzt. Die 10 Items wurden zusammen mit den Items der Skalen zur *proaktiven Einstellung* (siehe 8.3.2.6) und der Skala *Bedrohungseinschätzungen* (siehe 8.3.2.7) durchmischt und als ein Fragebogen mit insgesamt 21 Items dargeboten. Dies war wegen des gleichen Antwortformats der drei Skalen problemlos möglich und entspricht den Empfehlungen von Schwarzer & Jerusalem (1999). Der Fragebogen enthält 10 Items mit einem vierstufigen Antwortformat: stimmt nicht (1), stimmt kaum (2), stimmt eher (3), stimmt genau (4). Alle Items sind in der „Ich-Form“ formuliert und enthalten Verben wie „können“ oder „sich in der Lage sehen“. Sie enthalten auch immer Angaben über die Anstrengung oder

Ausdauer, die zur Bewältigung einer Aufgabe vorhanden sein müssen (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Der Fragebogen besitzt je nach Untersuchung eine befriedigende Interne Konsistenz von ca. .80. Die Konstruktvalidität des inzwischen in 29 Sprachen übersetzten Instruments ist gut belegt. Faktorenanalysen bestätigten die eindimensionale Struktur der Skala (Skalendokumentation Schwarzer Schmitz). Die Skala ist als Teil des ausgegebenen Fragebogens im Anhang F vollständig abgedruckt.

8.3.2.6 Skala „proaktive Einstellung“ (Schmitz, 1999)

Proaktive Einstellung ist „Im Kern [...] eine optimistische Erwartung bezüglich der Umweltressourcen und der eigenen Ressourcen in Verbindung mit der Verantwortung, etwas tun zu müssen, und dem Bedürfnis, etwas bewirken zu wollen“ (Schmitz & Schwarzer, 1999). Diese Einstellung bezeichnet eine aktive, vorausplanende Herangehensweise an Aufgaben. Menschen mit einer hohen Ausprägung dieser Einstellungsvariablen fühlen sich für die Lösung von Problemen selbst verantwortlich. Sie sollten weniger anfällig für Burnout sein (siehe Kapitel 4). Tatsächlich korrelierte die proaktive Einstellung bei Schwarzer und Schmitz (1999) zu -.56 mit Emotionaler Erschöpfung, zu -.63 mit verminderter Leistungsfähigkeit und zu -.40 mit Depersonalisation. Zu den verwandten Konstrukten dieses relativ neuen Konzepts zählt die „self-determination“ (Deci & Ryan 1975) oder das Konzept der „internalen Kontrolle“ (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Die Skala *proaktive Einstellung* hat ebenfalls ein vierstufiges Antwortformat von stimmt nicht (1) bis stimmt genau (4) und enthält 8 Items. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang F. Nachfolgend zwei Beispiele (Schmitz & Schwarzer, 1999):

1. Ich nehme mir Zeit, um über langfristige Ziele für mich selbst nachzudenken.
2. Mein Leben wird vor allem durch Sachzwänge bestimmt. (negativ gepolt)

Nach Schmitz & Schwarzer (1999) verfügt die Skala über eine befriedigende interne Konsistenz (Cronbachs Alpha .76 bzw. .70) und Stabilität (Retest-Reliabilität .64).

8.3.2.7 Fragebogen zur Bedrohungseinschätzung (Schwarzer & Jerusalem, 1999)

Die Skala *Bedrohungseinschätzungen* ist dem Fragebogen „Herausforderungs-, Bedrohungs- und Verlusteinschätzungen von Lehrern“ von Jerusalem (1995) entnommen, welche eine Operationalisierung der transaktionalen Stress- und Emotionstheorie von Lazarus (1991) darstellt (Jerusalem, 1993). Sie konnte wegen der allgemeinen Formulierungen für die Stichprobe der Teilnehmer des Kurses übernommen werden. Wie in der Stresstheorie von Lazarus & Launier (1981) beschrieben, schätzen Menschen wichtige Erlebnisse entweder als Herausforderung, als

Bedrohung oder als Verlust ein. *Bedrohungseinschätzungen* werden von einer Person dann vorgenommen, wenn sie im Sinne von Lazarus befürchtet, dass ihre Ressourcen nicht ausreichen, um eine Aufgabe zu bewältigen. Bei Hobfoll entspricht dies einem befürchteten Ressourcenverlust (Hobfoll, 1998, vgl. Kap. 4). Diese Einschätzungen sind mit einer geringen Selbstwirksamkeit verbunden. Die Skala enthält lediglich 3 Items (Schwarzer & Jerusalem, 1999, S. 27):

- 1) Ich mache mir Sorgen wegen der Probleme, die auf mich zukommen.
- 2) Ich befürchte, dass mich die beruflichen Belastungen überfordern.
- 3) Ich bezweifle, dass ich die vor mir liegenden Aufgaben bewältigen kann.

Für Itemkennwerte und Trennschärfen siehe Schmitz & Schwarzer (1999).

8.3.2.8 Inventar Interpersoneller Probleme - Kurzfassung (IIP-C)

Das *Inventar Interpersoneller Probleme* von Horowitz (1994) ist eine Übersetzung des "Inventory of Interpersonal Problems" von Horowitz et. al. (1988) und wird zur Diagnostik und Verlaufskontrolle interaktionaler Schwierigkeiten hauptsächlich in klinischen, aber auch in nicht-klinischen Stichproben angewandt. In der vorliegenden Evaluationsstudie diente das Instrument zur Operationalisierung der Hypothese H_{11} , nach der die Kursteilnehmer zum Posttest über weniger interpersonelle Probleme berichten als zum Prätest.

Der Fragebogen besteht aus 64 Items, die jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „nicht“ bis „sehr“ zu beantworten sind. Er ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil des Fragebogens wird mit folgendem Wortlaut eingeleitet: „Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein. Es fällt mir schwer...“. Dann folgt eine Auflistung sozialer Verhaltensweisen (insgesamt 39 Items), z.B. „...anderen Menschen zu vertrauen“, oder „...anderen Grenzen zu setzen“. Der zweite Teil des Fragebogens (Item 40 bis 64) beginnt mit der Aussage „Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.“ Itembeispiele sind „Ich streite mich zuviel mit anderen“ oder „ich öffne mich anderen zu sehr“ (Horowitz, 2000).

Das Inventar Interpersoneller Probleme geht auf das so genannte „Circumplex-Modell“ von Leary (1957) zurück, welches soziales Verhalten den beiden Dimensionen *feindselig* vs. *liebvoll* und *dominant* vs. *unterwürfig* zuordnet. Um diese beiden Dimensionen gruppieren sich acht Cluster von Verhaltensweisen, die durch die acht Skalen abgebildet werden (die Abkürzungen entsprechen den Anfangsbuchstaben der englischen Originalskalen):

- Autokratisch/dominant (PA)

- Streitsüchtig/konkurrierend (BC)
- Abweisend/kalt (DE)
- Introvertiert/sozial vermeidend (FG)
- Selbstunsicher/unterwürfig" (HI)
- Ausnutzbar/nachgiebig" (JK)
- Fürsorglich/freundlich" (LM)
- Expressiv/aufdringlich" (NO)

Die Internen Konsistenzen liegen mit Alpha-Koeffizienten um .5 im unteren Bereich, werden aber von Horowitz et al. (1994, S. 15) als zufrieden stellend beurteilt. Der Test verfügt über eine ausreichende Retest-Reliabilität. Validitätshinweise liegen in Form zahlreicher Studien vor (Horowitz et al., 1994).

8.3.3 Instrumente auf der Transferebene

Auf der Transferebene wurde ein Fragebogen erstellt, der die Umsetzung der Inhalte des Kurses in den beruflichen und privaten Alltag der Teilnehmer erfassen sollte. Außerdem wurde der Fragebogen mit den Skalen *allgemeine Selbstwirksamkeit*, *proaktive Einstellung* und *Bedrohungseinschätzungen* sowie das *Inventar Interpersoneller Probleme* erneut an die Teilnehmer ausgegeben. Die Fragebogen wurden ca. sechs Monate nach Kursende an die Teilnehmer während einer Lehrveranstaltung ausgegeben oder per Post verschickt. Somit gab es für diese Fragebogen eine Verlaufsmessung mit drei Messzeitpunkten

8.3.3.1 Fragebogen zum Trainingstransfer

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Mannheim, Professur für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Prof. Dr. Matthäus, wurde ein Fragebogen zur Transfer-Evaluation des in Abschnitt 7.2 beschriebenen Kurses konzipiert. Der Fragebogen bestand aus 12 Items, die gemäß der globalen Transferhypothese H_{12} bzw. den Unterhypothesen $H_{12,1}$ bis $H_{12,4}$ formuliert wurden. Das Antwortformat war vierstufig mit (1) „Trifft nicht zu“, (2) „Trifft kaum zu“, (3) „Trifft eher zu“ und (4) „Trifft genau zu“. Der Fragebogen ist komplett im Anhang G abgedruckt. Nachfolgend wird für jede Hypothese ein Beispielitem angeführt.

- Beispielitem zur Überprüfung der globalen Transferhypothese: „Ich konnte von den Inhalten und Methoden des Trainingsprogramms im Alltag gebrauch machen (beruflich/privat)“.
- Beispielitem zum Testen der ersten Unterhypothese, wonach die Teilnehmer eine Verbesserung ihrer sozialen und insbesondere kommunikativen Fähigkeiten wahrnehmen: „Die Zusammenarbeit mit
 - 1) Schülern
 - 2) Kollegen
 - 3) Patienten
 - 4) Angehörigen,
 - 5) Vorgesetzten
 - 6) Ärzten
 hat sich verbessert“.
- Beispielitem zur Überprüfung der zweiten Unterhypothese, wonach die Teilnehmer das lösungsorientierte Selbstmanagement für sich selbst und andere nutzen können: „Meine eigenen Probleme konnte ich aufgrund der gelernten Inhalte und Methoden des Trainingsprogramms leichter lösen“.
- Beispielitem zum Testen der dritten Unterhypothese, nach der die Probanden Veränderungen in ihrem Alltag in Bezug auf ihre Ressourcen, Stress und Burnout angeben: „Ich habe das Gefühl, dass ich seit dem Trainingsprogramm effizienter mit meinen eigenen Ressourcen umgehe“.

Die letzte Frage, Item 12, war offen gestellt und lautete: „Nennen Sie Veränderungen, die das Training in Ihrem Leben (beruflich/privat) bewirkt hat“. So hatten die Probanden die Möglichkeit, bisher nicht abgefragte Aspekte des Trainingstransfers schriftlich zu äußern.

Bei dem Fragebogen handelt es sich um ein „intuitiv“ zusammengestelltes Instrument, das nicht die Gütekriterien eines standardisierten Fragebogens erfüllt. Zumindest kann aber von einer Objektivität der Auswertung ausgegangen werden, da es durch die anzukreuzenden Ziffern keinen Spielraum bei der Auswertung gab. Es gibt auch Hinweise auf inhaltliche Validität, da die Items die wichtigsten übergeordneten Lernziele wie gestiegene soziale Kompetenzen oder ein verbesserter Umgang mit Stress, abdecken. Reliabilitäts- oder Validitätskoeffizienten können nicht angegeben werden, jedoch war der Fragebogen auch nicht als Ersatz für ein

standardisiertes Instrument gedacht. Im Rahmen der vorliegenden Studie interessierten vielmehr Anhaltspunkte, in welche Richtung die Ergebnisse gehen würden, weniger das genaue Ausmaß des Transfers. Wie schon beim Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung (siehe Abschnitt 8.3.2.4.) hätten auch freie oder halbstandardisierte Interviews durchgeführt werden können, wiederum mit entsprechend erhöhtem zeitlichem und personellem Aufwand.

8.3.3.2 Katamnese-Fragebogen

Die Katamnese fand ebenfalls ca. 6 Monate nach Beendigung des Kurses statt. Es sollte überprüft werden, ob der Verlauf der gemessenen Variablen tatsächlich einem Lateralen Transfer entspricht, das heißt ob die Effekte über die Zeit hinweg stabil bleiben (siehe H_{16} , Abschnitt 6.2). Gemäß dem Versuchsplan (siehe Abschnitt 8.2) wurde der Fragebogen mit den in den Abschnitten 8.3.2.5 bis 8.3.2.7 beschriebenen Skalen sowie das *Inventar Interpersoneller Probleme* nochmals vorgelegt.

8.4 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Die Probanden der Stichprobe waren 35 weibliche und 11 männliche Studierende der EFHLU, die sich im Untersuchungszeitraum im ersten, dritten und fünften Semester der Studienfächer Pflegepädagogik bzw. Pflegemanagement befanden. Somit betrug die Stichprobengröße 46 Probanden. Die Probanden waren zum Zeitpunkt des Vortests zwischen 24 und 43 Jahre, im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) 30.35 Jahre alt, bei einer Standardabweichung von 6.13 Jahren. Der Median betrug 28 Jahre.

Grundsätzlich kamen alle in der Pflege beschäftigten in Frage, also neben Pflegepädagogen und Pflegemanagern auch Mitarbeiter in der Alten- und Krankenpflege, Fachpfleger und Stationsleitungen. Die Studierenden der EFHLU als angehende Pflegepädagogen bzw. Pflegemanager waren jedoch besonders geeignete Probanden, da sie nach Abschluss des Studiums als Multiplikator fungieren können. Die vermittelten Beratungstechniken können in Beratungsgesprächen mit Schülern, Eltern, Patienten, Angehörigen, Ärzten und Kollegen sehr hilfreich sein und neben den Teilnehmern des Kurses kann auch dieser Personenkreis von der systemisch-lösungsorientierten Beratung profitieren.

	<i>1. Sem.</i>	<i>3. Sem.</i>	<i>5. Sem.</i>	Σ
<i>Anmeldungen zum Kurs</i>	21	19	20	60
<i>Teilnehmer zu Kursbeginn*</i>	17	11	17	46
<i>- davon weiblich</i>	15	7	13	35
<i>- davon männlich</i>	2	4	5	11
<i>Dropouts</i>	4	1	3	8
<i>Dropout-Quote</i>	23,52 %	9,05 %	16,66 %	17,39 %

Tab. 3: Studienrelevante Merkmale der Stichprobe. (* = als „Teilnehmer zu Kursbeginn“ wurden nur Probanden gezählt, die von fünf Prätests mindestens drei absolviert hatten)

Im dritten Semester gab es nach einer Informationsveranstaltung 20, im fünften Semester 19 Anmeldungen, was jeweils in etwa der Hälfte der Studierenden entsprach. Zum ersten Trainingsblock erschienen sind davon im dritten Semester 11 (sieben weibliche und vier männliche) und im fünften Semester 18 (13 weibliche und fünf männliche) Probanden. In Tabelle 3 sind die für die Studie wesentlichen Merkmale der Stichprobe aufgeführt.

8.5 Durchführung der Untersuchung

Nach der Literaturrecherche (ab Mai 2005) fanden im Spätherbst 2005 erste Gespräche mit einer Psychiatrischen Klinik, einer Gerontologischen Klinik, einem Altersheim und der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen statt. Aufgrund zweier Absagen (Psychiatrische und Gerontologische Klinik) und der ausreichenden Probandenzahl, die an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen (EFHLU) rekrutiert werden konnte, konzentrierte sich das Projekt auf die Evaluation des beschriebenen Kurses an der EFHLU.

Nach Rücksprache mit den Verantwortlichen für das Curriculum an der EFHLU und den Studierenden wurden die Kursdauer, die Kursinhalte und die Blockaufteilung festgelegt. Ab Februar 2005 fand für jedes Semester eine Informationsveranstaltung statt, in deren Verlauf die Zuordnung der Probanden zu Experimental- und Wartekontrollgruppe erfolgte. Um in allen

Kursen die gleiche Netto-Trainingszeit zur Verfügung zu haben, fanden die Prätests vor dem eigentlichen Kursbeginn statt, indem es entweder eigene Termine gab oder entsprechend mehr Zeit für den entsprechenden Kursblock eingeplant wurde. Genauso wurde bei den Posttests ab Juni 2005 verfahren. Um eine möglichst von den Fragebogen unbeeinflusste Baseline-Erhebung des Beraterverhaltens zu bekommen, führten die Teilnehmer zuerst das Beratungs-Rollenspiel durch, danach füllten Sie die Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Beratung, den Wissenstest und die psychologischen Fragebogen aus.

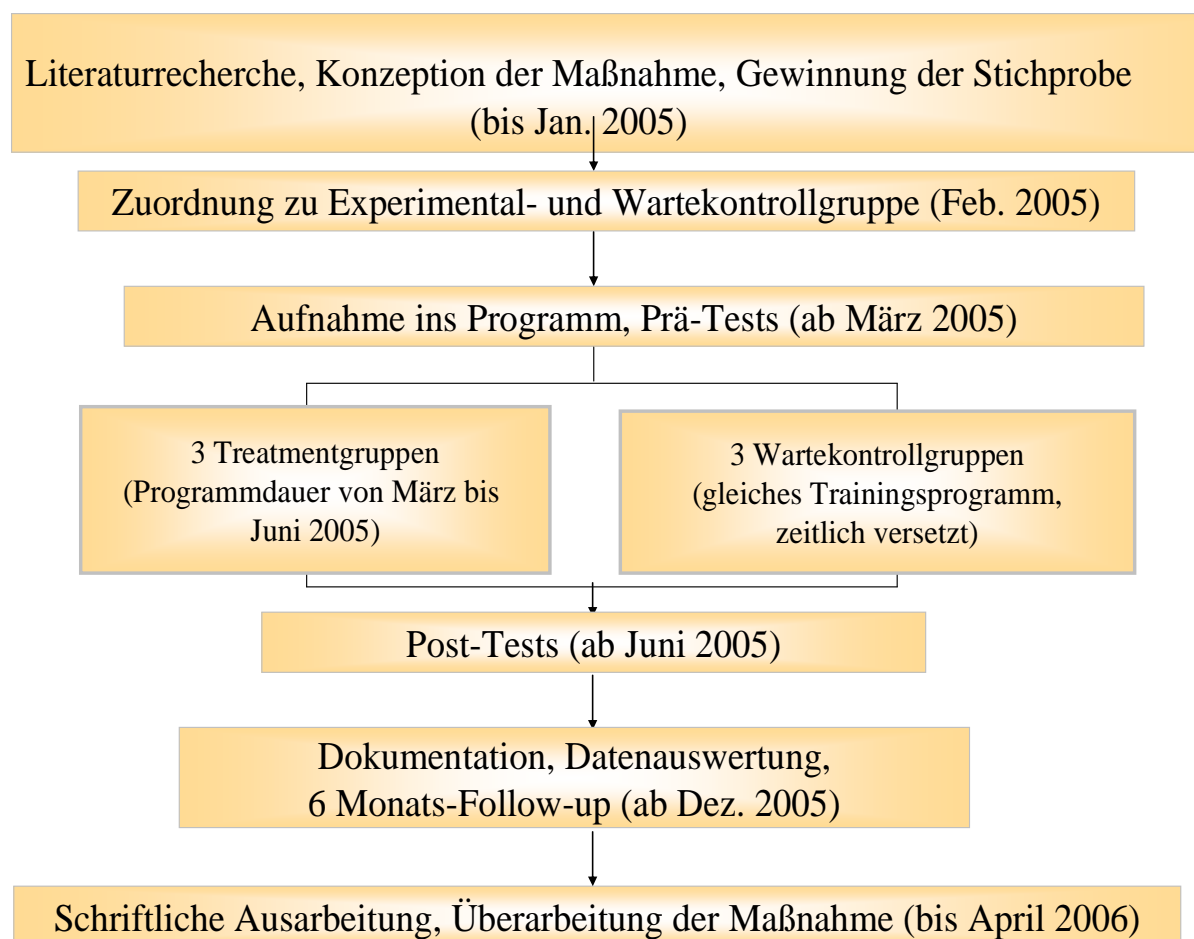


Abb. 15: Zeitlicher Ablauf der Studie

Ab Januar 2006, etwa sechs Monate nach Beendigung des Kurses, wurde die Transfer- und Nachbefragung durchgeführt. Hier wurde der Transferfragebogen und die psychologischen Fragebogen, die in den Abschnitten 8.3.2.5 bis 8.3.2.8 beschrieben wurden, in verschiedenen Lehrveranstaltungen ausgeteilt. Der zeitliche Ablauf der Studie wurde so geplant, dass die empirischen Arbeiten nach 10 Monaten abgeschlossen waren. Abb. 15 gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Studie.

8.6 Auswertung der Daten

Nach Abschluss der Posttests und der Katamnese lagen die quantitativen Daten in Rohform vor. Auf der *Zufriedenheitsebene* wurde ein globaler Zufriedenheitswert als Durchschnittsnote über alle Items und alle Teilnehmer gebildet. Neben dem globalen Zufriedenheitswert wurden Werte für die *Zufriedenheit mit den Kursinhalten*, die *Zufriedenheit mit den Methoden des Kurses* und die *Zufriedenheit mit dem eigenen Lernerfolg* ermittelt. Außerdem erfolgte eine Auswertung über verschiedene Semester.

Beim *Wissenstest* wurde für jede falsche Antwort bei der Auswertung ein Punkt abgezogen. Der Wertebereich der erreichbaren Punktzahl reichte von Null bis 23 beim Prätest und von Null bis 27 beim Posttest. Die Ergebnisse der beiden Wissenstests wurden zur besseren Vergleichbarkeit für die Ermittlung des Lernerfolgs auf 100 hochgerechnet.

Auf der *Verhaltensebene* erfolgte die Auswertung der Videobänder anhand des in Abschnitt 8.3.2.3 beschriebenen Ratingbogens. Um die Auswertungsobjektivität möglichst hoch zu halten, wurde folgendes Vorgehen gewählt: Die Videosequenzen wurden zunächst in eine Zufallsreihenfolge gebracht, so dass sich die Prä- und Posttests sowie die Semester durcheinander auf den Videokassetten befanden. Es gab vier unabhängige Rater, die vorher eine zweimalige Raterschulung à vier Stunden erhielten. Die Rater wurden zufällig zu zwei Auswerter-Paaren zusammengefasst. Jedes Auswerter-Paar bekam die Hälfte der Kassetten und wertete die Sequenzen gemeinsam aus. Jeder bewertete für sich, ohne Absprachen, die Rollenspiele, also lagen jeweils zwei Ratingbogen für jede Sequenz vor. Als Kennwerte wurden ermittelt:

- ein globaler Gesamtwert „Lösungsorientierung“ als arithmetisches Mittel aus allen sieben Items
- Werte für die einzelnen Items „Problem-Orientierung“, „Ratschläge“, „Auftragsklärung“, „Zielklärung“, „Unterschiede und Ausnahmen“, „Hypothetische Lösung“ und „Konkrete Schritte in Richtung Lösung“
- der Mittelwert der beiden ersten Items „Problemorientierung“ und „Ratschläge“ als Richtwert für die für systemisch-lösungsorientierte Ausrichtung der Beratung

Aus den beiden Bewertungsbogen wurde dann wiederum für jedes Item bzw. jeden Kennwert das arithmetische Mittel der beiden Beurteilungen berechnet.

Für die *subjektive Einschätzung* des Beratenen im Rollenspiel wurden zwei Kennwerte des im Anhang E abgedruckten Fragebogens ermittelt, nämlich die „Zufriedenheit mit der Beratung“

als Durchschnitt der Items 3,4,7,8,9 und die „systemisch-lösungsorientierte Ausrichtung“ des Gesprächs als Durchschnittswert der Items 1,2,5,6,10.

Bei den drei Skalen „allgemeine Selbstwirksamkeit“, „proaktive Einstellung“ und „Bedrohungseinschätzungen“ ergab sich jeweils ein Gesamtwert. Bei den Skalen zur proaktiven Einstellung und Bedrohungseinschätzungen wurde jeweils ein Summenwert berechnet, die mit den Werten der Normstichproben verglichen werden können, an denen die Skalen validiert wurden (Schwarzer & Schmitz, 1999; Jerusalem, 1995).

8.7 Eingesetzte Statistische Verfahren und Software

Nachdem die Daten in Rohform vorlagen, wurden Mittelwertsvergleiche durchgeführt und diese auf statistische Signifikanz getestet. Es wurden vor allem t-Tests für abhängige Stichproben (die Prä- und Post-Messungen sind abhängig voneinander) und t-Tests für unabhängige Stichproben (die Messungen der TG und KG sind unabhängig voneinander) mit Hilfe von SPSS Version 11.5 gerechnet.

Um das Ausmaß und damit die Relevanz einer Veränderung zu bestimmen, wurden die *Effektstärken* unter Verwendung des Computerprogramms GPOWER Version 2.0 (Faul & Erdfelder, 1992) berechnet. Hierbei wird der Unterschied zwischen Prä- und Posttest-Werten an der Streuung der Testwerte relativiert, um eine Vergleichbarkeit mit Ergebnissen aus anderen Studien herstellen zu können (Faul & Erdfelder, 1992). Die Effektstärke ist abhängig von der Standardabweichung in der Stichprobe. Als Streuung s wird dabei entweder die Streuung der Prätest-Werte bzw. der KG oder die gepoolte Streuung berechnet (Bortz & Döring S. 569). Praktisch bedeutet eine Effektstärke von $d = 1$, dass die Werte der TG bzw. des Nachtests eine Standardabweichung über denen der KG bzw. des Vortests liegen. Falls die Mittelwertsvergleiche keine signifikanten Ergebnisse zeigten, wurde zusätzlich mit GPOWER in einer sog. „Post-hoc Analyse“ geprüft, wie hoch die Teststärke war, also die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Effekt der vorgefundenen Größenordnung (falls er tatsächlich vorhanden ist) bei gegebener Anzahl von Probanden und festgelegtem Alpha-Niveau entdeckt werden konnte (Faul & Erdfelder, 1992). Außerdem lässt sich feststellen, wie viele Probanden bei sonst gleichen Parametern notwendig gewesen wären, um den gefundenen Effekt „signifikant werden zu lassen“. Dies wird bereits vor Beginn einer Untersuchung als Anhaltspunkt für die notwendige Anzahl der Probanden empfohlen.

8.8 Prüfung der teststatistischen Voraussetzungen

Nach Abschluss der Datenerhebung lagen folgende Datensätze vor:

- 1) Daten der Zufriedenheitsmessung (nur Post)
- 2) Ergebnisse der Wissenstests (Prä und Post)
- 3) Objektive Ratings der Videosequenzen (Rollenspiele) Prä und Post
- 4) Subjektive Zufriedenheits-Daten der Rollenspiel-Klienten (Prä und Post)
- 5) Fragebogendaten zur allgemeinen Selbstwirksamkeit, proaktiven Einstellung, Bedrohungseinschätzung und interpersonellen Problemen (Prä und Post)
- 6) Daten des Transferfragebogens und Katamnese mit den Fragebogen aus 5.

Um sinnvoll arithmetische Mittel (AM) interpretieren zu können, sollten die zugrunde liegenden Daten intervallskaliert sein, das heißt es sollten gleiche Abstände zwischen den Skalenstufen vorliegen. Ist die zugrunde liegende Variable eindeutig mehrgipflig, schief verteilt oder weist extreme Ausreißerwerte auf, sollte statt des AM besser der Median berechnet werden (Bortz, 2005). Bei der Darstellung der Ergebnisse in Abschnitt 9 wird deshalb stets der Median und das AM angegeben.

Beim t-Test für abhängige Stichproben sind die Voraussetzungen die Intervallskalierung und Normalverteilung der Messwerte, sowie beim t-Test für unabhängige Stichproben zusätzlich Varianzhomogenität in den Grundgesamtheiten, aus denen die Stichproben stammen. Außerdem werden in der Literatur gleich große Gruppengrößen und ein n größer 30 (pro Gruppe) empfohlen (Bortz & Döring, 2006). Die Voraussetzungen wurden zunächst für jeden Datensatz geprüft.

8.8.1 Daten der Zufriedenheitsmessung

Die Daten auf der Zufriedenheitsebene wurden lediglich deskriptiv ausgewertet. Der Zufriedenheitsbogen wurde nicht nach psychometrischen Prinzipien konstruiert, außerdem ist die zugrunde liegende Schulnotenskala streng genommen nicht intervallskaliert. Bei der Ergebnisdarstellung in Kap. 9 wird zusätzlich zum AM jeweils der Median angegeben.

8.8.2 Wissenstest-Daten

Bei dem verwendeten Wissenstest handelt es sich um einen *informellen Test*, bei dem lediglich Annäherungsweise von Intervallskalierung ausgegangen werden kann. Die Normalverteilungs-

annahme der Ergebnisse wurde deshalb mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft, wobei die Annahme einer Normalverteilung bei $p < .2$ verworfen wurde, was für den Prä-Post-Vergleich über alle Probanden der Fall war ($p = .17$ bzw. $p = .11$). Innerhalb der TG und der KG waren die Werte hingegen normalverteilt ($p = .20$ bzw. $p = .85$).

Der t-Test für unabhängige Stichproben hat als Voraussetzung die Gleichheit der Varianzen in den Grundgesamtheiten, aus denen die Stichproben stammen. Die Varianzhomogenität wird beim t-Test für unabhängige Stichproben durch den LEVENE-Test geprüft. SPSS führt diesen Test automatisch durch und gibt für den Fall der Varianzungleichheit ein korrigiertes Ergebnis an. Daher führen ungleiche Varianzen nicht zu unkorrekten, aber zu korrigierten Ergebnissen.

Es lagen 43 Prä- und 34 Post-Werte als Ergebnisse der Wissenstest vor. Diese Gruppen sind zwar nicht gleich groß, aber haben jeweils $n > 30$. Für den Vergleich der TG mit der KG lagen 25 bzw. 10 Testergebnisse vor, hier liegt also Ungleichverteilung und $n < 30$ vor.

Es waren also bei den Wissenstest-Daten nicht alle Voraussetzungen zur Durchführung der t-Tests erfüllt. Der t-Test ist zwar robust gegen Verletzungen der Voraussetzungen, um die Ergebnisse jedoch abzusichern, wurden zusätzlich zu den parametrischen t-Tests verteilungsfreie Tests, nämlich der Wilcoxon-Test und der Mann-Whitney-U-Test gerechnet (Bortz, 2005).

8.8.3 Objektive Rating-Daten

Der unter 8.3.2.3 beschriebene Ratingbogen für das Rating der Videosequenzen beruht auf dem Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen, bei dem die Autoren von einer Intervallskalierung ausgehen (Honermann et. al., 1999). Im Manual weisen sie auf Untersuchungen hin, die für parametrische Tests auch für den Fall nicht exakt intervallskalierter Daten korrekte Ergebnisse postulieren (Honermann et. al., 1999, S. 51). Insgesamt kann annäherungsweise von Intervallskalierung ausgegangen werden, zumal die Rater wie bei Honermann et. al. (1999) auf die Äquidistanz der Skalenstufen hingewiesen wurden. Die Normalverteilungsannahme musste für fast alle Prätest-Variablen und für einige Posttest-Variablen verworfen werden (K-S-Test $p < .2$). In Bezug auf die Gruppengrößen lag wegen Fehlens einer KG im 1. Semester eine Ungleichverteilung vor (TG $N = 23$ und KG nur $N = 10$ Probanden). Außerdem lag die Anzahl der Probanden pro Gruppe unter 30. **Zusammenfassend** erfüllten die Rating-Daten nicht alle Voraussetzungen des t-Tests für abhängige bzw. unabhängige Stichproben, weshalb bei den kritischen Variablen die entsprechenden nonparametrischen Verfahren durchgeführt wurden.

8.8.4 Subjektive Zufriedenheits-Daten

Auch bei den Daten der subjektiven Zufriedenheit mit der Beratung, welche die „Klienten“ nach dem Rollenspiel beurteilten, waren nicht alle Voraussetzungen des t-Tests gegeben. Von einer Intervallskalierung konnte nicht unbedingt ausgegangen werden, da bei der Konstruktion des Fragebogens nicht explizit nach den Regeln für die Bildung einer Likert-Skala vorgegangen wurde. Es wurden deshalb lediglich nonparametrische Verfahren eingesetzt (Wilcoxon- und Mann-Whitney-U-Test), zumal die Post-Zufriedenheitswerte nicht normalverteilt waren.

8.8.5 Daten der standardisierten Fragebogen

Wie beim Ratingbogen für das Rating der Videosequenzen kann grundsätzlich bei sorgfältig konstruierten und häufig validierten Instrumenten, entsprechende Instruktion der Probanden vorausgesetzt, annäherungsweise von Intervallskalierung ausgegangen werden (Honermann et al., 1999). Die Werte des Selbstwirksamkeits-Prätests, die Prä- und Post-Werte der Bedrohungseinschätzungen und die Prätest-Werte der Skalen *JK* (*zu ausnutzbar/nachgiebig*) und *NO* (*zu expressiv/aufdringlich*) des IIP-C waren nicht normalverteilt. Die Prä-Post-Mittelwertsdifferenzen dieser Skalen wurden deshalb mit dem Wilcoxon-Test berechnet. Beim Kontrollgruppenvergleich betrug die Gruppengröße der KG lediglich 11 Probanden, weshalb auch hier verteilungsfreie Signifikanztests gerechnet wurden.

8.8.6 Daten des Transfer- und Katamnese-Fragebogens

Der Transferfragebogen ist wie der Wissenstest und der Zufriedenheitsfragebogen ein nicht-standardisiertes Verfahren. Die Daten wurden hier nur auf deskriptivem Niveau ausgewertet und zusätzlich zum AM jeweils der Median berechnet. Bei den Katamnese-Fragebogen handelte es sich um die in 8.8.5 diskutierten Instrumente. Die Werte verteilten sich für alle Skalen normal (K-S-Test, p jeweils $> .20$), weshalb hier parametrische Tests berechnet wurden.

9. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Effektivitätsüberprüfung des Kurses dargestellt. Es werden die durchgeführten statistischen Berechnungen und die wichtigsten Ergebnisse in Bezug auf die Prüfung der einzelnen Hypothesen referiert, wobei sich die Ergebnisse der Hypothesentestung auf die ersten drei Stufen des Trainingsevaluationsmodells von Kirkpatrick (1983, 1996), das heißt *Zufriedenheitsebene*, *Lernerfolgsebene* (Ressourcen) und *Transferebene* beziehen (siehe Arbeitsmodell in Abschnitt 6.1)

9.1 Zufriedenheitsebene

Zur Überprüfung der Zufriedenheitshypothesen wurden für die Bereiche *Kursinhalte*, *Methoden* und *Lernerfolg* Zufriedenheitswerte als Durchschnittsnote über alle Teilnehmer sowie ein *globaler Zufriedenheitsindex* über alle Bereiche gebildet. Der Rücklauf war mit 20 Fragebogen relativ gering, die Rücklaufquote betrug 52,6 %. Die Zufriedenheitswerte für die einzelnen Bereiche sind in Tab. 4 aufgelistet.

Die Gesamtzufriedenheit der Teilnehmer bewegte sich zwischen 1.83 und 2.75 und betrug im arithmetischen Mittel 2.23, entspricht also der Note „gut“. Den höchsten Zufriedenheitswert erreichten die Kursinhalte mit 2.04, gefolgt von den Methoden mit 2.13. Am wenigsten zufrieden waren die Probanden mit ihrem Lernerfolg, der mit einem Median von 2.50 gerade noch als „gut“ bezeichnet werden kann. Die beste Einzelbewertung erhielten die *Kursinhalte* mit 1.00, die schlechteste Einzelbewertung der *Lernerfolg* mit 3.5. Die Standardabweichungen der Dimensionen liegen zwischen .4 und .5 Notenstufen, was eine homogene Beurteilung zeigt.

	Anzahl der Fragebogen	Beste Be- wertung	Schlechteste Bewertung	Median	Mittelwert	Standard- abweichung
<i>Zufriedenheit mit...</i>						
...den Kursinhalten	20	1.00	3.00	2.13	2.04	.41
...den Methoden	20	1.25	2.75	2.13	2.13	.41
...meinem Lerner- folg	20	1.75	3.50	2.50	2.51	.48
<i>Zufriedenheit insgesamt</i>	20	1.83	2.75	2.25	2.23	.27

Tab. 4: Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Kurs

Nachfolgend werden die Zufriedenheitswerte als *Boxplots* abgebildet, das heißt als Diagramme auf der Grundlage des Medians, der Quartile und der Extremwerte. Die *Box* ist ein Rechteck, welches durch die Quartile begrenzt wird. Die Länge der Box entspricht dem Interquartilbereich, beinhaltet also 50% der Werte. Der Median befindet sich auf der Linie, welche quer durch die Box verläuft. Von der Box gehen Linien ab, die auch als "Whisker" bezeichnet werden und maximal das 1,5fache des Interquartilbereichs betragen. Ist ein Wert größer oder kleiner als dieses 1,5fache, dann wird er gesondert gekennzeichnet (Bühl, 2005).

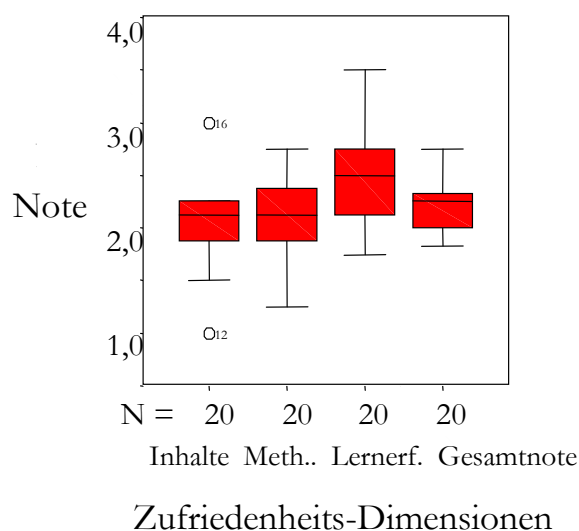


Abb. 16: Die Dimensionen der Teilnehmer-Zufriedenheit

Abb. 16 verdeutlicht die insgesamt hohe Zufriedenheit der Trainingsteilnehmer. Die Dimensionen wurden in etwa gleich, der Lernerfolg etwas kritischer beurteilt. Durch den Boxplot wird deutlich, dass die Inhalte homogener beurteilt wurden, als die beiden Ausreißerwerte 1.0 und 3.0 dies vermuten lassen.

Betrachtet man zusammenfassend die guten durchschnittlichen Zufriedenheitswerte und geringen Standardabweichung der einzelnen Dimensionen, konnten die Hypothesen $H_{1,1}$ bis $H_{1,3}$ als bestätigt angesehen werden, wonach die Teilnehmer mit den Methoden ($H_{1,1}$), Inhalten ($H_{1,2}$) und Lernerfolg ($H_{1,3}$) zufrieden sind. Damit wurde die globale Zufriedenheitshypothese H_1 bestätigt.

9.2 Ressourcenebene

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse auf der *Ressourcenebene* (bei Kirkpatrick *Lernerfolgsebene*), gegliedert in die Ebenen *Beratungskompetenz* und *kognitive Ressourcen*, berichtet.

9.2.1 Verhaltensebene (Beratungskompetenz und soziale Beziehungen)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der objektiven Auswertung der Videosequenzen und der Zufriedenheit der Rollenspiel-„Klienten“ mit der Beratung als Indikator für die *Beratungskompetenz* bzw. allgemeiner *professionelles Verhalten* dargestellt. Außerdem wurden die Probanden auf der Verhaltensebene nach ihren sozialen Interaktionen mittels des IIP-C (siehe Abschnitt 8.3.2.8) befragt. Zunächst wurde die Interrater-Reliabilität für das Rating der Videosequenzen bestimmt.

9.2.1.1 Bestimmung der Interrater-Reliabilität

Zu den gebräuchlichen Maßen für die Interrater-Reliabilität zählen der Intraclass-Korrelationskoeffizient (R_u), der Finn-Koeffizient, Cronbachs Alpha und das Abweichungsmaß in % nach In-Albon (zur Erklärung der Maße siehe Bortz & Döring, 2006), wobei R_u nach die untere Grenze der Reliabilitätsschätzung darstellt (Honermann et al., 1999). Allerdings setzen alle Maße Intervallskalenniveau, multivariate Normalverteilung, Varianzgleichheit der zugrunde liegenden Populationen und unabhängige Zufallsstichproben voraus. Diese Voraussetzungen waren nicht alle gegeben. In einem solchen Fall wäre das entsprechende nonparametrische Verfahren, der Kappa-Koeffizient, indiziert, dieser nähert sich jedoch mit zuneh-

mender Anzahl der Beobachtungen dem Wert für R_u an (Fleiß & Cohen 1973, in Honermann et al. 1999, S. 51). Bei der vorliegenden Untersuchung lagen 161 (Rater A und B) bzw. 175 Beobachtungen (Rater C und D) zugrunde. So konnte trotz Abweichungen von den Voraussetzungen analog zu Honermann et al. (1999) von validen Ergebnissen ausgegangen werden. Tab. 5 stellt die Reliabilitätsmaße für das Rating der Videosequenzen bei zwei unabhängigen Ratern dar. Neben dem Intraclass-Korrelationskoeffizienten wurden Cronbachs Alpha und die Produkt-Moment-Korrelation der Beurteilungen der Raterpaare nach Pearson (r) berechnet.

	<i>Raterpaar A-B</i>	<i>Raterpaar C-D</i>
R_u	.77	.69
<i>Cronbachs Alpha</i>	.87	.81
r	.77	.70

Tab. 5: Interrater-Reliabilität der beiden Raterpaare

In der Literatur (z.B. Honermann et al., 1999) gilt ein R_u ab .7 als Hinweis auf eine gute Interrater-Reliabilität, so dass obige Koeffizienten für eine reliable Umsetzung des eingesetzten Instruments sprechen, zumal die Ratings trotz der Nähe zum beobachtbaren Verhalten einen gewissen Spielraum ließen, das heißt eine Interrater-Reliabilität von annähernd 1.0 aufgrund der Subjektivität des Instrumentes also nicht zu erwarten war.

9.2.1.2 Lösungsorientiertes Beratungsgespräch nach Steve de Shazer

Nach H_2 sollten die Probanden zum jeweiligen Posttest-Zeitpunkt in der Lage sein, ein lösungsorientiertes Beratungsgespräch nach dem Modell von Steve de Shazer zu führen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Prüfung der Hypothesen $H_{2,1}$ bis $H_{2,3}$ dargestellt, die sich auf folgende Phasen des Beratungsmodells und Interventionen beziehen:

- 1) Die Gesprächs-Phasen *Auftragsklärung*, *Zielklärung* und *Lösungsgestaltung*
- 2) explizit lösungsorientierte Interventionen:
 - Fokus auf Unterschieden und Ausnahmen (z.B. Veränderung vor der Beratung, Ausnahmen vom Problem und Universallösung)
 - Hypothetische Lösungen

zu 1) Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung.

Der Ratingbogen wurde in Abschnitt 8.3.2.3 vorgestellt. Die Rater sollten bei der Auswertung der Video-Rollenspiele die Phasen Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung von „habe ich gar nicht wahrgenommen“ bis „habe ich außerordentlich wahrgenommen“ beurteilen. Tab. 6 gibt einen Überblick über die Prä- und Postwerte der drei Variablen. 36 Probanden absolvierten den Rollenspiel-Prätest, 32 den Rollenspiel-Posttest.

	<i>Prätest</i> <i>Auftrags-</i> <i>klärung</i>	<i>Posttest</i> <i>Auftrags-</i> <i>Kklärung</i>	<i>Prätest</i> <i>Zielklärung</i>	<i>Posttest</i> <i>Zielklärung</i>	<i>Prätest</i> <i>Lösungs-</i> <i>gestaltung</i>	<i>Posttest</i> <i>Lösungs-</i> <i>gestaltung</i>
<i>N</i>	36	32	36	32	36	32
<i>Mittelwert</i>	.19	1.63	.58	1.75	.93	2.06
<i>Median</i>	.00	1.75	.50	2.00	.50	2.00
<i>Niedrigster Wert</i>	.00	.00	.00	.00	.00	.50
<i>Höchster Wert</i>	1.00	3.00	1.50	3.50	3.00	4.00
<i>Standard-</i> <i>abweichung</i>	.32	.91	.55	.79	.91	.97

Tab. 6: Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Prä-Post-Vergleich

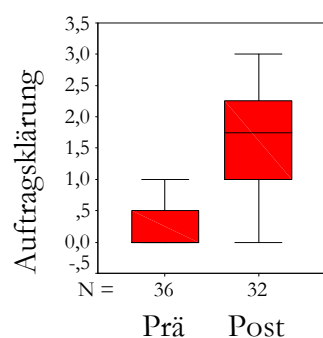


Abb. 17 a)

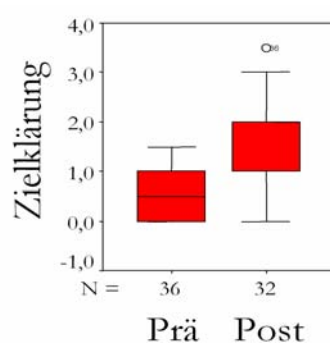


Abb. 17 b)

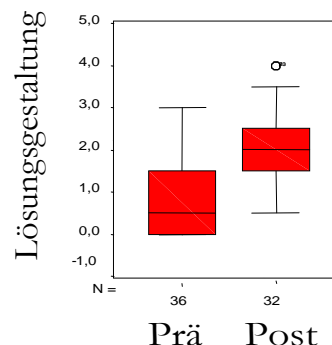


Abb. 17 c)

Abb. 17 a-c: Boxplots für Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Prä-Post-Vergleich

Bei allen drei Variablen gab es große Mittelwertsdifferenzen, die ein Vielfaches der Standardabweichungen betrugen. Abb. 17 a) bis c) veranschaulicht den Effekt. Die Beurteiler der Video-Rollenspiele haben Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung beim Vortest „gar nicht“ bis „kaum“, zum Posttest immerhin „mittelmäßig“ wahrgenommen.

In Abb. 17 a) ist deutlich zu sehen, dass vor dem Kurs (fast) kein Teilnehmer eine Auftragsklärung durchführte. Dies verwundert jedoch nicht, da eine explizite Auftragsklärung außerhalb der systemischen Beratung eher unüblich ist. Eine Zielklärung beobachteten die Rater im Prätest ebenfalls kaum, hier lag kein Teilnehmer über 1 („kaum wahrgenommen“), wohingegen beim Posttest 50 % der Teilnehmer zwischen 1 und 2 („mittelmäßig wahrgenommen“) lagen und immerhin 25 % zwischen 2 und 3 („ziemlich wahrgenommen“). Für die Lösungsgestaltung sind die Ergebnisse fast identisch.

	<i>TG</i> <i>Auftrags-</i> <i>Klärung</i>	<i>KG</i> <i>Auftrags-</i> <i>Klärung</i>	<i>TG</i> <i>Zielklärung</i>	<i>KG</i> <i>Zielklärung</i>	<i>TG</i> <i>Lösungs-</i> <i>gestaltung</i>	<i>KG</i> <i>Lösungs-</i> <i>gestaltung</i>
<i>N</i>	23	10	23	10	23	10
<i>Mittelwert</i>	1.59	.05	1.70	.20	1.87	.30
<i>Median</i>	1.50	.00	1.50	.00	1.50	.25
<i>Niedrigster Wert</i>	.00	.00	.50	.00	.50	.00
<i>Höchster Wert</i>	3.00	.50	3.50	1.00	4.00	1.00
<i>Standard-</i> <i>abweichung</i>	.82	.16	.70	.35	.92	.35

Tab. 7: Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Kontrollgruppenvergleich

Der Vergleich der TG mit der KG ergab ebenfalls sehr signifikante Ergebnisse ($p = .00$) für jede der drei Variablen. Tab. 7 gibt einen Überblick. Die Effektstärken entsprachen (in Klammern die Effektstärken unter Verwendung der gepoolten Standardabweichung) für Auftragsklärung bei $f = 2.29$ (4.88), für Zielklärung $f = 1.72$ (2.13) und für Lösungsgestaltung $f = 1.20$ (1.24). Die statistische Signifikanzprüfung mittels t- und Wilcoxon-Test erbrachte hoch signifikante Ergebnisse für alle drei Mittelwertvergleiche ($p = .00$).

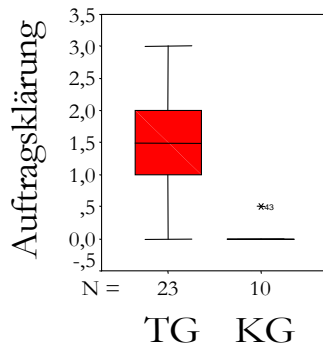


Abb. 18 a)

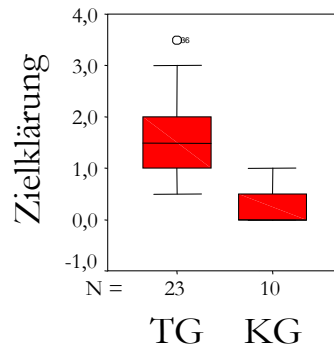


Abb. 18 b)

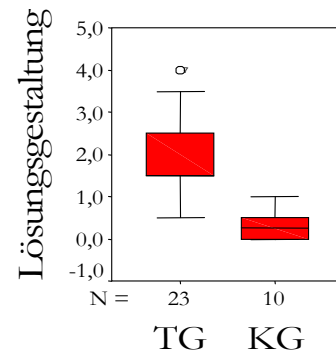


Abb. 18 c)

Abb. 18 a-c: Boxplots der Werte für Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung im Kontrollgruppen-Vergleich

Die Hypothese $H_{3,1}$ besagte, dass die Teilnehmer nach dem Kurs Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung beherrschen. Die Mittelwerte bzw. Mediane sprachen zwar nicht für eine perfekte Beherrschung, jedoch sind die Effekte im Hinblick auf den Kontrollgruppen-Vergleich sicherlich auf den Kurs zurückzuführen. **Insgesamt** kann Hypothese $H_{2,1}$ als bestätigt gelten.

zu 2) explizit lösungsorientierte Interventionen:

- 1) Fokus auf Unterschieden und Ausnahmen (z.B. Veränderung vor der Beratung, Ausnahmen vom Problem und Universallösung)

Das Erfragen von Veränderungen, die sich bezüglich des präsentierten Problems bereits vor der Beratung ergaben, gehört neben dem Eruiere von Ausnahmen vom Problem, dem Konstruieren von hypothetische Lösungen und dem Erarbeiten einer Universallösung zu den explizit lösungsorientierte Interventionen, welche Gegenstand des handlungsbezogenen Lernzielkatalogs waren (siehe 7.2.4). Das gleich lautende Item Nr. 5 des Ratingbogens („Unterschiede und Ausnahmen“) wurde zur Prüfung der $H_{2,2}$, nach der die Teilnehmer in ihren Beratungen Unterschiede und Ausnahmen fokussieren, herangezogen. Vorab sind die Prä- und Post-Werte des Items wieder tabellarisch und als Boxplot wiedergegeben:

	<i>Prätest</i> <i>Unterschiede und Ausnahmen</i>	<i>Posttest</i> <i>Unterschiede und Ausnahmen</i>
N	36	32
Mittelwert	.99	2.77
Median	.75	3.00
Niedrigster Wert	.00	.50
Höchster Wert	3.00	4.00
Standardabweichung	.97	.92

Tab. 8: Fokussierung auf Unterschiede und Ausnahmen im Prä-Posttest-Vergleich

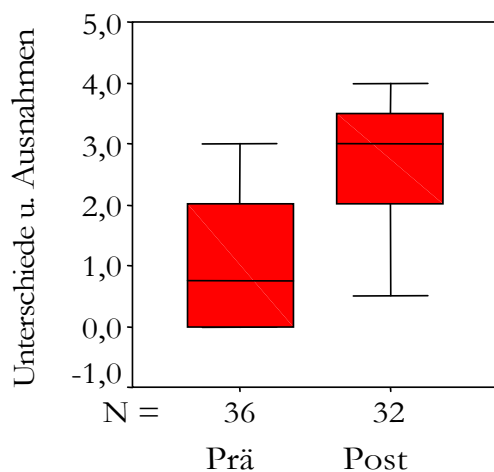


Abb. 19: Boxplot der Werte für die Fokussierung auf Unterschiede und Ausnahmen im Prä-Posttest-Vergleich

Schon auf den ersten Blick fällt ein sehr großer Mittelwertsunterschied auf. Das 75. Perzentil des Prätests liegt auf der gleichen Höhe wie das 25. Perzentil des Posttests. Die Effektstärken erreichten $f = 1.88$ für die gepoolte Standardabweichung und $f = 1.84$ für die Streuung der Prätest-Werte. Die Differenz ist sehr signifikant (t-Test für abhängige Stichproben und Wilcoxon-Test jeweils $p = .00$).

Der Kontrollgruppenvergleich ergab einen hoch signifikanten Mittelwertsunterschied (t-Test für abhängige Variablen und Mann-Whitney-U-Test $p = .00$). Die berechnete Effektstärke betrug $d = 2.78$. Die Gruppen unterschieden sich bereits zum Vortest in einer Größenordnung von $d = .74$, zugunsten der TG, was jedoch den Trainingseffekt nicht in Frage stellt.

Somit konnte $H_{2.2}$ nach der die Probanden nach dem Kurs in ihren Beratungen stärker auf Unterschiede und Ausnahmen fokussieren, als **bestätigt** gelten.

2) Hypothetische Lösungen

Hypothetische Lösungen und der Gebrauch des Konjunktivs allgemein sind wichtige Instrumente einer lösungsorientierten Beratung, nicht zuletzt um „Widerstand“ bzw. einer „Problemtrance“ zu begegnen (Schmidt, 2005). Die Auswertung der Variable *Hypothetische Lösung*, welche als gleich lautendes Item Nr. 6 im Ratingbogen repräsentiert war, wird im Prä-Post-Vergleich über alle Teilnehmer dargestellt.

	<i>Prätest hypothetische Lösung</i>	<i>Posttest hypothetische Lösung</i>
N	36	32
Mittelwert	.28	1.95
Median	.00	2.00
Niedrigster Wert	.00	.00
Höchster Wert	2.00	4.00
Standardabweichung	.53	.90

Tab. 9: Umsetzung der hypothetischen Lösung im Prä-Posttest-Vergleich

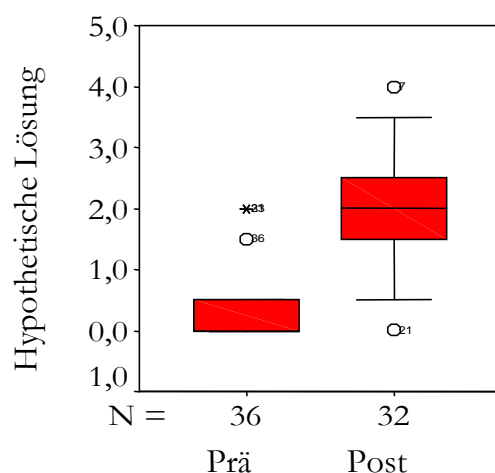


Abb. 20: Boxplot der Werte für die Umsetzung der hypothetischen Lösung im Prä-Posttest-Vergleich

Auch hier fällt sofort eine sehr große Mittelwertsdifferenz auf. Die Effektstärke beträgt $f = 2.26$ bzw. $f = 3.15$ (für die kleinere Streuung). Das bedeutet, dass sich die Verteilungen der Prä- und Postwerte fast nicht überlappen. Bis auf zwei Ausnahmen sind die Prätest-Werte sehr homogen mit einem Median von .00, was bedeutet, dass zum Prätest-Zeitpunkt fast kein Teilnehmer die hypothetische Lösung praktizierte. Dies verwundert auch nicht, da diese Art der Intervention kennzeichnend für die systemisch-lösungsorientierte Beratung ist, welche den meisten Teilnehmern zum Prätest noch unbekannt war. Die Differenz schließlich wurde mit dem t-Test für abhängige Stichproben und dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz getestet und erbrachte sehr signifikante Ergebnisse (jeweils $p = .00$).

Gemäß dem Versuchsplan wurde auch hier der Kontrollgruppenvergleich durchgeführt. Es ergab sich ein sehr signifikanter Effekt ($p = .00$; Mann-Whitney-U-Test) von $d = 2.52$ (für die gepoolte Standardabweichung) bzw. $d = 8.60$ (!) für die Streuung der KG. Es gab zwar Vor-test-Differenzen zugunsten der TG in Höhe von $d = .44$, jedoch konnten diese nicht für den Effekt verantwortlich sein. Zur Diskussion der Ergebnisse siehe Kap. 9.

Der Prä-Post-Unterschied sowie der Kontrollgruppenvergleich zeigen eindrucklich, dass die Teilnehmer in beiden Gruppen vor dem Kurs so gut wie keine hypothetische Lösung mit ihren „Klienten“ erarbeiteten, dies aber nach dem Kurs immerhin „mittelmäßig“ (Wert 2 auf der Skala von 0 bis 4) praktizierten.

$H_{2,3}$, nach der die Teilnehmer in ihren Beratungen nach dem Kurs hypothetische Lösungen generieren, wurde damit **bestätigt**.

Zusammenfassend konnten die Teilnehmer des Kurses die Gesprächsphasen des Beratungsmodells nach Steve de Shazer demonstrieren. Sie beherrschten Auftragsklärung, Zielklärung und Lösungsgestaltung, fokussierten nach dem Kurs wesentlich stärker auf Unterschiede und Ausnahmen und generierten hypothetische Lösungen. Insgesamt wurde somit **H_2 bestätigt**, nach der die Teilnehmer nach dem Kurs in der Lage sind, ein lösungsorientiertes Beratungsgespräch nach dem Modell von Steve de Shazer zu führen.

9.2.1.3 Globale Lösungsorientierung

Die Probanden sollten sich nicht auf die reine Demonstration der Phasen und entsprechenden Fragen beschränken. Die Rater der Video-Rollenspiele bewerteten auch die den Gesamteindruck der Gespräche unabhängig von konkreten Verhaltensweisen. Damit sind die Flexibilität

der lösungsorientierten Interventionen und das, was sich „zwischen den Zeilen“ abspielt, gemeint. Der Aspekt der globalen Lösungsorientierung betrifft auf der Verhaltensebene die vierte Hypothese, nach der das Beraterverhalten der Teilnehmer nach dem Kurs insgesamt lösungsorientierter sein sollte.

Als Indikatoren für den Grad der globalen Lösungsorientierung dienen der Gesamtwert des Ratingbogens und die Variable „Problemorientierung“. Dies werden im Prä-Post- und Kontrollgruppen-Vergleich betrachtet.

1) Summenscores der Ratingbogen

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	36	32
<i>Mittelwert</i>	.87	2.34
<i>Niedrigster Wert</i>	.29	1.86
<i>Höchster Wert</i>	1.86	3.14
<i>Standardabweichung</i>	.40	.42

Tab. 10: Summenscores der Ratingbogen als Indikatoren für Lösungsorientierung im Prä-Post-Vergleich

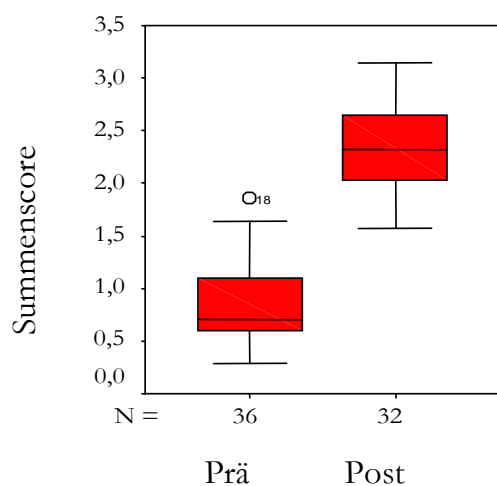


Abb. 21: Boxplot der Summenscores der Ratingbogen im Prä-Post-Vergleich

Tab. 10 und Abb. 21 zeigen einen großen Mittelwertsunterschied. Der Mittelwert der Summenscores betrug beim Vortest .87, beim Nachtest 2.34 bei einem vorgegebenen Wertebereich von .0 bis 4.0. Der Boxplot in Abb. 21 veranschaulicht einen großen Effekt. 75 % der Prä-Werte waren kleiner als 1.12, wohingegen 75 % der Post-Werte größer als 2.02 waren. Anders ausgedrückt waren die „schlechtesten“ 25 % beim Posttest besser als die „besten“ 25 % beim Prätest. Der Mittelwertsunterschied wurde mit dem t-Test für abhängige Stichproben auf Signifikanz getestet. Das Ergebnis war hochsignifikant ($p = .00$). Der ebenfalls durchgeführte Wilcoxon-Test erbrachte das gleiche Ergebnis ($p = .00$). Der Effekt ist mit $f = 3.50$ bzw. $f = 3.58$ (bei einsetzen der gepoolten Streuung) als sehr groß zu bezeichnen. Der Kontrollgruppenvergleich stellte sich folgendermaßen dar:

	<i>Posttest TG</i>	<i>Prätest KG</i>
<i>N</i>	24	11
<i>Mittelwert der Summenscores</i>	2.21	.64
<i>Standardabweichung</i>	.53	.24
<i>Niedrigster Summenscore</i>	.64	.29
<i>Höchster Summenscore</i>	3.14	1.00

Tab. 11: Summenscores der Ratingbogen im Kontrollgruppenvergleich

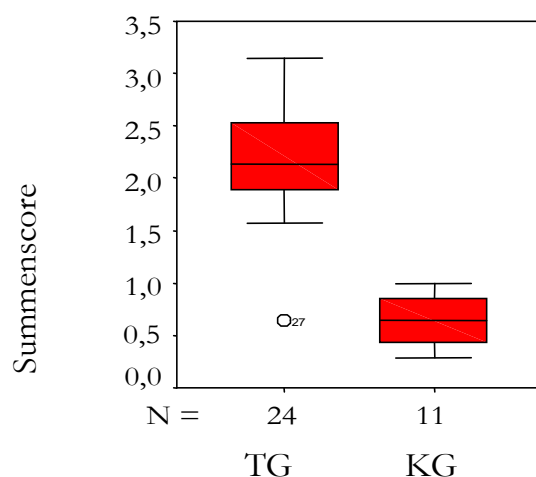


Abb. 22: Boxplot der Summenscores der Ratingbogen im Prä-Post-Vergleich

Die Mittelwertsdifferenz wurde hochsignifikant ($p = .00$; t-Test für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-U-Test). Als Effektstärke ergab sich $d = 3.82$ bei zugrunde legen der ge-

poolten Standardabweichung und 6.83 (!) bei einsetzen der geringeren KG-Streuung, was jedoch wegen der Vortestunterschiede zugunsten der TG, die im Mittel eine Größenordnung von $d = .93$ hatten, den Effekt etwas überschätzt.

2) Die Variable „Problemorientierung“

Die Variable *Problemorientierung* ist negativ gepolt ein direkter Indikator für die Dimension *Lösungsorientierung*. Die Werte wurden so umcodiert, dass hohe Werte für eine geringe Problemorientierung und damit für eine hohe Lösungsorientierung stehen. Zunächst geben nachfolgende Tab. 12 und Abb. 23 einen Überblick über die Prä- und Postwerte der Variablen.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>Anzahl Rollenspiele</i>	36	32
<i>Mittelwert</i>	1.64	2.64
<i>Standardabweichung</i>	.63	.60
<i>Niedrigster Wert</i>	.50	1.00
<i>Höchster Wert</i>	3.00	3.50

Tab. 12: Die Variable „Lösungsorientierung“ im Prä-Post-Vergleich

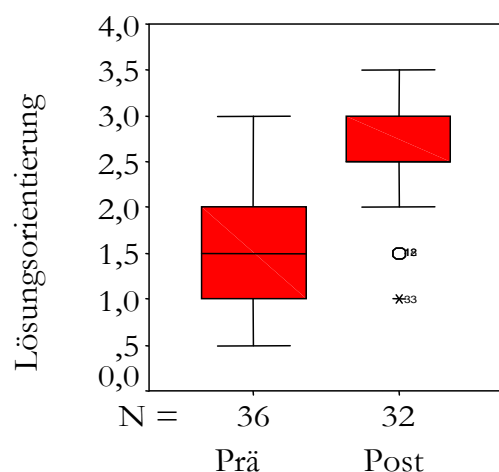


Abb. 23: Boxplot der Werte der Variablen „Lösungsorientierung“ im Prä-Post-Vergleich

Auch hier fällt sofort der große Mittelwertsunterschied ins Auge, der jedoch nicht so groß wie für den Gesamtindex ist. Dies ist jedoch nicht verwunderlich, da das im Kurs behandelte lösungsorientierte Modell mit einer kurzen Problemschilderung beginnt und von daher in jedem

Rollenspiel ein Minimum an Problemorientierung vorhanden ist. Die Prätest-Resultate lagen im Mittel bei 1.64, die Posttest-Resultate bei 2.64. Entsprechend erbrachten t-Test und Wilcoxon-Test sehr signifikante Ergebnisse ($p = .00$ für beide Tests). Die Effektstärken betrugen hier $f = 1.63$ bzw. bei konservativer Berechnung $f = 1.59$.

Es ergaben sich keine signifikanten Vortestunterschiede bezüglich *Problemorientierung*, der Mittelwert war zum Vortest 1.66 für die TG und 1.59 für die KG, so dass der Kontrollgruppenvergleich problemlos interpretiert werden konnte. Dieser erbrachte sehr signifikante Ergebnisse ($p = .00$) für t-Test und Wilcoxon-Test, wobei hier die Effektstärken Größen von $d = 1.42$ bzw. $d = 2.10$ für die geringere KG-Streuung erreichten.

Somit wurde die **dritte Hypothese**, nach der das Beraterverhalten der Teilnehmer nach dem Kurs (auch „zwischen den Zeilen“) lösungsorientierter sein sollte, **bestätigt**.

9.2.1.4 Kooperative Beziehungsgestaltung

Wie in Kap. 5 beschrieben, legt die systemisch-lösungsorientierte Beratung Wert auf eine kooperative Beziehungsgestaltung zwischen Berater und Klient. Die Variable *Ratschläge* ist bei niedriger Ausprägung ein Hinweis auf eine kooperative Beziehung zwischen Berater und Klient (Radatz, 2000). Sie sollte entsprechend der vierten Hypothese nach dem Kurs geringer ausgeprägt sein als vor dem Kurs. Tab. 13 und Abb. 24 zeigen die Ausprägungen der Variable *Ratschläge* im Prä-Post-Vergleich. Die Variable wurde bereits umcodiert und in „Kooperative Beziehungsgestaltung“ umbenannt. Geringe Werte stehen für viele Ratschläge und hohe Werte für wenige Ratschläge.

Die Variable liegt im Prätest-Mittel bei 1.46 und im Posttest-Mittel bei 3.61. Die Auswerter fanden bei den Video-Sequenzen des Posttests kaum noch Ratschläge, während diese im Prätest sehr stark ausgeprägt waren. Berücksichtigt man die zugrunde liegenden Standardabweichungen von .94 (Prätest) und .45 (Posttest), handelt es sich hierbei um einen sehr großen Effekt, der zahlenmäßig bei $f = 2.29$ und für die gepoolte Streuung bei $f = 2.92$ liegt.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>Anzahl Rollenspiele</i>	36	32
<i>Mittelwert</i>	1.46	3.61
<i>Standardabweichung</i>	.94	.45
<i>Niedrigster Wert</i>	.00	2.50
<i>Höchster Wert</i>	3.50	4.00

Tab. 13: Die Variable „kooperative Beziehungsgestaltung“ im Prä-Post-Vergleich

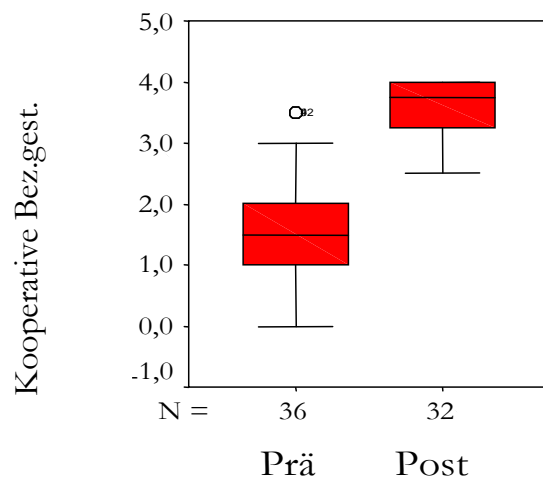


Abb. 24: Boxplot der Werte der Variablen „kooperative Beziehungsgestaltung“ im Prä-Post-Vergleich

Bei Mittelwerten von 1.42 für die TG und 1.55 für die KG ergaben sich hier keine großen bzw. signifikanten Vortestunterschiede. Der Kontrollgruppenvergleich erbrachte wiederum hoch signifikante Ergebnisse für die Mittelwertsdifferenz ($p = .00$ für t-Test und Wilcoxon-Test) bei einer Effektstärke von $d = 1.64$ bzw. $d = 2.17$ unter Verwendung der größeren KG-Streuung.

Die Befunde sprechen für eine gute Umsetzung der kooperativen Beziehungsgestaltung. H_4 konnte also **bestätigt** werden, nach der die Probanden nach dem Kurs im Beratungsgespräch weniger Ratschläge geben als vor dem Kurs.

9.2.1.5 Subjektive Beurteilung durch die Rollenspielpartner

Die objektiven Resultate der Verhaltensmessungen sprechen für eine gute Umsetzung der Lösungsorientierung und der entsprechenden Interventionen im Posttest. Um eine zusätzliche Perspektive bei der Beurteilung der Rollenspiel-Leistungen zu berücksichtigen, wurden die Rollenspielpartner, welche die Rolle der Klienten einnahmen, direkt nach dem Rollenspiel mittels Fragebogen befragt, ob sie mit der Beratung zufrieden waren und ob sie die Gespräche als lösungsorientiert wahrgenommen hatten.

1) Zufriedenheit mit der Beratung

Zunächst geben Tab. 14 und Abb. 25 einen Überblick über die Prä- und Posttest- Resultate der Zufriedenheits-Befragung.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	36	32
<i>Mittelwert</i>	2.55	2.97
<i>Median</i>	2.7	3.0
<i>Standardabweichung</i>	.70	.45
<i>Niedrigster Wert</i>	1.00	1.80
<i>Höchster Wert</i>	3.60	4.00

Tab. 14: Die Zufriedenheit der „Klienten“ mit der Beratung

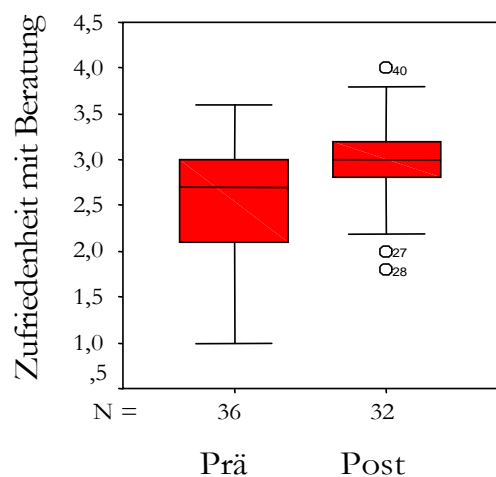


Abb. 25: Boxplot der Werte der Variablen „kooperative Beziehungsgestaltung“ im Prä-Post-Vergleich

Es gab einen Anstieg der Zufriedenheitswerte von Prä nach Post. Der Median liegt beim Prätest bei 2.7, beim Posttest hingegen bei 3.0. Die Postverteilung ist homogener, sieht man von den beiden unteren und dem oberen Ausreißerwert ab. Bei einer Skalierung von (0) „stimmt überhaupt nicht“ bis (4) „stimmt genau“ liegt die Zufriedenheit zum Posttest im Mittel bei (3) „stimmt etwas“. Um den Mittelwertsunterschied auf Signifikanz zu testen, wurden wiederum der t-Test für abhängige Stichproben sowie der Wilcoxon-Test durchgeführt.

Die Ergebnisse waren für beide Tests signifikant auf dem Alpha-Niveau von .05 ($p = .14$ für den t-Test und $p = .26$ für den Wilcoxon-Test). Der Effekt entspricht einer Effektstärke von $f = .60$ bzw. $f = .71$ (für die gepoolte Streuung). Damit entspricht die gefundene Mittelwertsdifferenz einem großen Effekt.

Auch hier wurde der Kontrollgruppenvergleich durchgeführt. Es gab keine signifikanten Vor-testunterschiede, der Prätest-Mittelwert der TG betrug 2.57, der Prätest-Mittelwert der KG 2.51.

Die folgende Tabelle sowie der Boxplot geben einen Überblick über die Differenz zwischen TG und der KG.

	<i>Posttest TG</i>	<i>Prätest KG</i>
<i>N</i>	22	11
<i>Mittelwert</i>	2.87	2.51
<i>Median</i>	2.60	3.00
<i>Standardabweichung</i>	.44	.81
<i>Niedrigster Wert</i>	1.80	1.00
<i>Höchster Wert</i>	3.60	3.40

Tab. 15: Kontrollgruppenvergleich der Zufriedenheitswerte

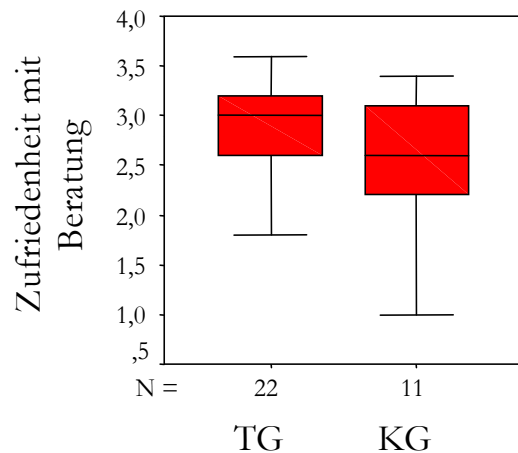


Abb. 26: Boxplot der Werte des Kontrollgruppenvergleich der Zufriedenheitswerte

Der Post-Mittelwert der TG liegt mit 2.87 um .36 höher als der Prä-Mittelwert der KG. Im Boxplot ist deutlich die Mediandifferenz zu erkennen. Der Effekt entspricht einer Effektstärke von $d = .55$ bzw. $d = .44$ für die KG Streuung, ist also ein kleiner bis mittlerer Effekt. Jedoch ist diese Differenz bei gegebener Stichprobengröße nicht signifikant ($p = .36$ für den t-Test für unabhängige Stichproben und $p = .32$ für den Mann-Whitney-U-Test). Mit G-POWER wurde die statistische Power bzw. Teststärke berechnet, das heißt die Wahrscheinlichkeit, mit der bei gegebener Stichprobenanzahl ein Effekt entdeckt werden konnte (Bortz & Döring, 2005). Diese betrug lediglich .30 bzw. 30 %. Die benötigte Stichprobengröße, die für den gefundenen Effekt notwendig gewesen wäre, um ein signifikantes Ergebnis zu erzielen, betrug $N = 73$ für jede Gruppe, also insgesamt 146 Probanden.

Während der Prä-Post-Vergleich aller Probanden die Hypothese H_1 bestätigt, ist dies nicht der Fall für den Kontrollgruppenvergleich. Es gibt zwar Belege für einen Unterschied in der Zufriedenheit der Rollenspielpartner, jedoch ist dieser für den Vergleich der KG mit der TG nicht signifikant. Damit konnte **H_1** streng genommen **nicht bestätigt** werden, nach der die Klienten (im Rollenspiel) mit den Beratungen nach dem Kurs zufriedener als mit den Beratungen vor dem Kurs waren.

2) Wahrgenommene Lösungsorientierung

Die zweite interessierende Variable im Zusammenhang mit der subjektiven Beurteilung der Beratungsleistung war die wahrgenommene Lösungsorientierung. Die Frage war, inwieweit die Beratungen von den Klienten (im Rollenspiel) als lösungsorientiert eingestuft werden. Tab. 16 und Abb. 27 stellen die Prätest-Werte den Posttest-Werten gegenüber.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	36	32
<i>Mittelwert</i>	2.37	2.64
<i>Median</i>	2.4	2.6
<i>Standardabweichung</i>	.48	.40
<i>Niedrigster Wert</i>	1.40	2.00
<i>Höchster Wert</i>	3.00	3.40

Tab. 16: Prä-Post-Vergleich der wahrgenommenen Lösungsorientierung

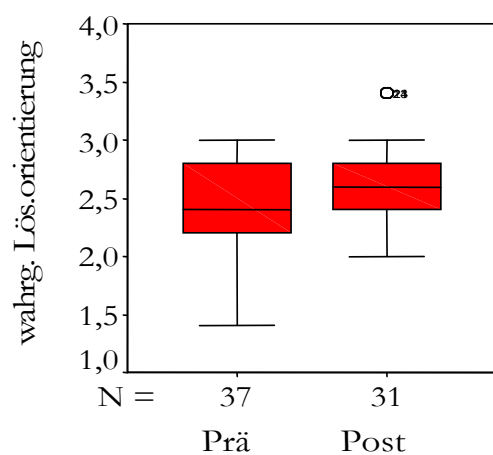


Abb. 27: Boxplot der Prä-Post-Vergleich der wahrgenommenen Lösungsorientierung

Es ist im Hinblick auf Mittelwert und Median eine Differenz der Prä- und Postwerte feststellbar, diese fällt jedoch im Vergleich zu den objektiven Maßen ähnlich moderat aus wie bei der wahrgenommenen Lösungsorientierung. Die Prä-Post-Differenz wird jedoch signifikant auf dem Alpha-Niveau von .05 ($p = .27$ für den t-Test für abhängige Stichproben und $p = .42$ für

den Wilcoxon-Test). Der berechnete Effekt ist mit $f = .61$ bzw. $f = .68$ (für die gepoolte Streuung) als groß zu bezeichnen.

Der Vergleich der TG mit der KG ergab ebenfalls eine leichte Mittelwertsdifferenz zugunsten der TG (2.59 gegenüber 2.40 bei der KG), diese wurde jedoch auf dem Alpha-Niveau von .05 nicht signifikant ($p = .24$ für den t-Test für unabhängige Stichproben und $p = .39$ für den Mann-Whitney-U-Test). Die Mittelwertsdifferenz ergab eine Effektstärke von $d = .45$ bzw. $d = .42$ (für die kleinere Streuung der KG), was einem noch kleinen Effekt entspricht. Die Teststärke betrug lediglich .33. Die benötigte Stichprobengröße, um den gefundenen Effekt innerhalb des Signifikanzniveaus von $\alpha = .05$ mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 %, das heißt mit einer Teststärke von .95, zu entdecken, wurde mit $N = 108$ pro Gruppe berechnet.

Somit konnte auch die Hypothese H_6 , nach der die Beratungen nach dem Kurs von den Klienten (im Rollenspiel) lösungsorientierter eingestuft werden als die Beratungen vor dem Kurs, lediglich für den Prä-Post-Vergleich bestätigt werden, nicht jedoch für den Kontrollgruppenvergleich. Zur Diskussion der Ergebnisse siehe Kap. 10.

9.2.1.6 Interpersonelle Probleme

Die zwischenmenschlichen Probleme, gemessen mit dem IIP-C, sollten sich gemäß Hypothese H_7 zum Posttest verringert haben.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	40	34
<i>Mittelwert</i>	10.45	9.37
<i>Median</i>	9.88	9.50
<i>Standardabweichung</i>	2.76	3.14
<i>Niedrigster Wert</i>	6.63	3.63
<i>Höchster Wert</i>	19.75	16.88

Tab. 17: Prä-Post-Vergleich der der IIP-C Gesamtwerte

Die zwischenmenschlichen Probleme, gemessen mit dem IIP-C, sollten sich gemäß Hypothese H_7 zum Posttest verringert haben. Tab. 17 und Abb. 28 geben einen Überblick über die Verteilung der Prä- und Post- Mittelwerte über alle Skalen des IIP-C.

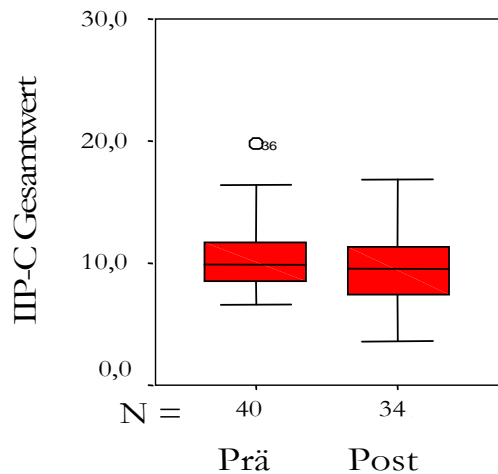


Abb. 28: Boxplot der Prä-Post-Vergleich der IIP-C Gesamtwerte

Um die Ergebnisse einordnen zu können, wurden die EFHLU-Studierenden mit anderen Stichproben aus Studien neueren Datums verglichen. So erhoben z.B. Wolf, Gallas & Kordy (2005) IIP-Werte bei Probanden mit und ohne Persönlichkeitsstörungen ($N = 368$ für jede Gruppe). Der Gesamt-Mittelwert aller Skalen betrug für die Probanden ohne Persönlichkeitsstörung 11.41 bei einer Standardabweichung von 4.33. Die Probanden der EFHLU gaben mit einem Prätest-Mittelwert von 10.45 eine etwas geringere Belastung im zwischenmenschlichen Bereich an. Auch ist die Stichprobe mit einer Streuung von 2.76 homogener.

Der Gesamt-Mittelwert fiel vom Prätest zum Posttest. Die Teilnehmer fühlten sich nach dem Kurs offenbar weniger belastet durch interaktionelle Probleme. Dieser Unterschied wurde mit dem t-Test für abhängige Stichproben auf Signifikanz getestet. Es ergab sich mit $p = .03$ ein signifikantes Ergebnis auf dem 5 %-Niveau. Die Effektstärke betrug $f = .37$ (bzw. für die kleinere Streuung der KG $f = .39$), es handelt sich um einen mittleren und signifikanten Effekt.

Nachfolgender Blick auf die einzelnen Skalen des IIP-C zeigte, dass alle Skalen des IIP-C im Mittel beim Posttest niedriger lagen als beim Prätest. Bei den Skalen NO (zu expressiv/aufdringlich), HI (zu selbstunsicher/unterwürfig) und PA (zu autokratisch/dominant) zeigten sich besonders deutliche Unterschiede. Statistisch signifikant wurde jedoch nur der Prä-Post-Vergleich für die Skala *zu expressiv/aufdringlich* (NO) ($p = .00$ für den Wilcoxon-Test).

	<i>Posttest</i> TG	<i>Prätest</i> KG
N	25	9
Mittelwert	8.67	11.17
Median	8.00	9.63
Standardabweichung	3.04	4.32
Niedrigster Wert	3.63	7.25
Höchster Wert	14.38	19.75

Tab. 18: Kontrollgruppen-Vergleich der der IIP-C Gesamtwerte

Der Effekt war groß mit $f = .60$ (bzw. $f = .55$ für die KG-Streuung). Die Effektstärke für die Prä-Post-Differenzen der Skala *zu selbstunsicher/ unterwürfig* (HI) betrug $f = .29$, für die Skala *zu autokratisch/ dominant* (PA) $f = .17$, wobei jedoch beide Effekte nicht signifikant wurden. In Tab. 18 und Abb. 29 ist der Vergleich der Gesamt-Mittelwerte des IIP-C von TG und KG wiedergegeben.

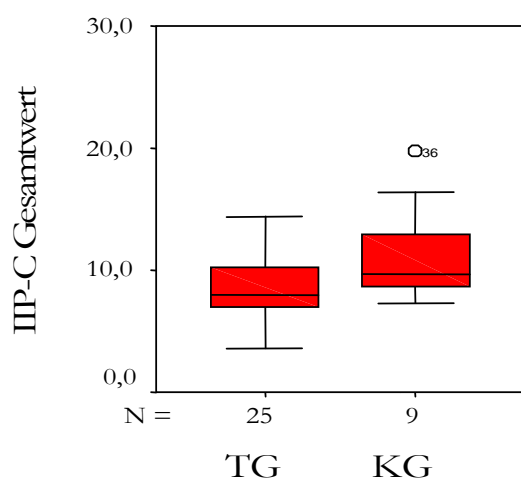


Abb. 29: Boxplot des Kontrollgruppen-Vergleichs der IIP-C Gesamtwerte

Der Mittelwertsunterschied ist hier sogar noch deutlicher als beim Prä-Post-Vergleich. Allerdings gab es zwischen TG und KG Vortestunterschiede. Die Teilnehmer der TG fühlten sich zum Vortest hin weniger belastet durch interpersonelle Probleme als die Probanden der TG. Die Mittelwerte waren 10.25 für die TG und 11.17 für die KG, was einem Effekt in Höhe von $d = .27$ zugunsten der TG entspricht. Die Effektstärke des Kontrollgruppenvergleichs ergab

$d = .67$ bzw. bei einsetzen der KG- Streuung $d = .58$. Dieser mittelgroße Effekt verfehlte jedoch die Signifikanzgrenze von $p = .05$ ($p = .16$ für den Mann-Whitney-U-Test). Bei $N = 49$ für jede Gruppe wäre der Effekt von $d = .67$ innerhalb des gegebenen Niveaus signifikant geworden.

Bei den einzelnen Skalen ergaben sich für den Kontrollgruppenvergleich keine signifikanten Ergebnisse. Neben dem Mittelwert über alle Skalen zeigte sich wiederum für die Skala *zu expressiv/aufdringlich* (NO), für die der Prä-Post-Vergleich ein signifikantes Ergebnis erbrachte, die größte Differenz. Es ergab sich ein mittlerer Effekt von $d = .54$ bei also konservativer Schätzung (größere Streuung). Allerdings wurde dieser Unterschied zwischen TG und KG nicht signifikant auf dem 5%-Niveau ($p = .22$).

Zusammenfassend wurde Hypothese H_7 nach der die Teilnehmer nach dem Kurs weniger interpersonelle Probleme berichten als vor dem Kurs, streng genommen **nicht bestätigt**. Es zeigten zwar alle Teilnehmer in allen Skalen Verbesserungen von Prä- nach Posttest, diese waren jedoch nur für die Gesamtskala sowie die Skala *zu expressiv/aufdringlich* (NO) signifikant. Die übrigen Einzelskalen erbrachten für den Prä-Post-Vergleich keine signifikanten Effekte. Beim Kontrollgruppenvergleich ergaben sich sowohl für die Gesamtskala als auch für die Einzelskalen zwar substantielle, jedoch keine signifikanten Effekte.

9.2.2 Kognitive Ressourcen

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den kognitiven Ressource referiert. Neben der gezielten Vermittlung von systemisch-lösungsorientierten Beratungskompetenzen als interne Ressource war ein weiteres Ziel die Stärkung der kognitiven Ressourcen *Wissen, allgemeine Selbstwirksamkeit, proaktive Einstellung* und eine Reduktion von *Bedrohungseinschätzungen*.

9.2.2.1 Deklaratives und prozedurales Wissen

Auf der Wissensebene sollte, so die achte Hypothese, das deklarative und prozedurale Wissen der Teilnehmer von Prä- nach Postmessung zugenommen haben. Um dies zu überprüfen, wurden die Ergebnisse der beiden Wissenstests miteinander verglichen. Tab. 19 und Abb. 30 stellen zunächst die Vor- und Nachtestwerte aller Probanden gegenüber.

	<i>Ergebnis Prätest</i>	<i>Ergebnis Posttest</i>
<i>Anzahl ausgefüllte Tests</i>	43	34
<i>Mittelwert der Testergebnisse</i>	50.40	64.79
<i>Standardabweichung</i>	12.24	8.00
<i>schlechtestes Testergebnis</i>	26	52
<i>bestes Testergebnis</i>	74	81

Tab. 19: Gegenüberstellung der Prä- und Posttest-Werte des Wissenstests

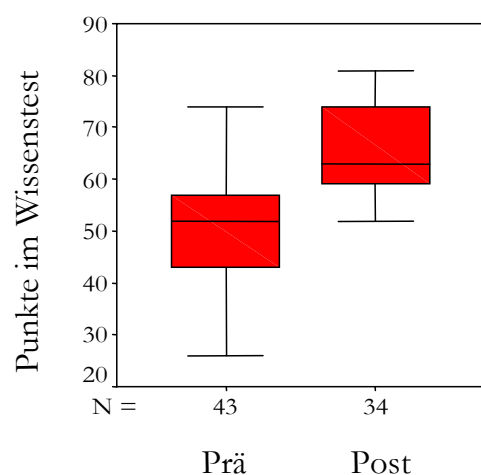


Abb. 30: Boxplot der Gegenüberstellung der Prä- und Posttest-Werte des Wissenstests

Das schlechteste Testergebnis beim Prätest betrug 26 Punkte, beim Posttest hingegen 52, also doppelt so viel. Beim Prätest betrug die maximal erreichte Punktzahl 74, beim Posttest 81. Das arithmetische Mittel betrug für die Vortest-Werte 50.40 bei einer Standardabweichung von 12.24 und für die Nachtest-Werte 64.79 bei einer Standardabweichung von 8.00. Da die Punkte auf 100 hochgerechnet wurden, entsprechen diese Ergebnisse auch Prozentwerten. Im Durchschnitt hatten die Probanden vor dem Kurs ca. 50 %, nach dem Kurs 64 % der Aufgaben richtig gelöst, was einem substantiellen, aber noch moderaten Effekt gleichkommt. Es fällt auf, dass die Posttest-Werte homogener sind als die Prätest-Werte.

Der Boxplot in Abb. 30 zeigt auch, dass der Wert des ersten Quartils beim Posttest höher ist als das dritte Quartil des Prätests (59 im Vergleich zu 57). Bei Berücksichtigung der Standardabweichung der Prätest-Werte, was einer konservativen Schätzung entspricht (da diese niedri-

ger war als die gepoolte Standardabweichung) betrug die Effektstärke $f = 1.18$. Bei Einsetzen der gepoolten Standardabweichung ermittelt man $f = 1.39$. Nach der üblichen Konvention (z.B. Cohen, 1988) spricht man für Prä-Post-Differenzen ab einer Effektstärke $f = .40$ von einem großen Effekt, so dass der hier berechnete Effekt sehr groß ist.

Um die Effekte statistisch abzusichern, wurde ein t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Der t-Test wurde auf dem 0.01 Niveau signifikant ist ($p = 0.00$). Der Wilcoxon-Test erbrachte dasselbe Ergebnis ($p = .00$).

Der Versuchsplan (siehe Abschnitt 8.2) sah vor, die Effekte gegen *zwischenzeitliche Ereignisse* abzusichern, um sie eindeutig dem Kurs zuschreiben zu können. Sollten andere Effekte wie z.B. eine Lehrveranstaltung oder andere außercurriculare Kurse wirksam geworden sein, müsste die KG davon ebenso betroffen sein wie die TG. Es sollte dann zum MZP II keine nennenswerten Differenzen zwischen den Ergebnissen (des Posttests) der TG und den (Prätest-Werten) der KG geben. Zunächst wurde jedoch überprüft, ob sich TG und KG in Bezug auf ihren Wissensstand bereits vor dem Kurs unterschieden, da solche Vortestunterschiede einen Effekt vortäuschen bzw. eliminieren können. Die KG hatte einen etwas höheren Prä-Mittelwert als die TG, nämlich 53.70 im Vergleich zu 49.39. Die Differenz wurde jedoch auf dem .05-Niveau nicht signifikant, so dass annähernd vom gleichen Wissensstand der beiden Gruppen ausgegangen werden konnte. Tab. 20 stellt die Posttest-Ergebnisse der TG den Prätest-Ergebnissen der KG gegenüber. Abb. 31 veranschaulicht den Vergleich grafisch.

	Posttest TG	Prätest KG
<i>Anzahl ausgefüllte Tests</i>	25	10
<i>Mittelwert der Testergebnisse</i>	63.72	53.70
<i>Standardabweichung</i>	8.20	14.03
<i>schlechtestes Testergebnis</i>	52	30
<i>bestes Testergebnis</i>	81	74

Tab. 20: Kontrollgruppen-Vergleich für den Wissenstest

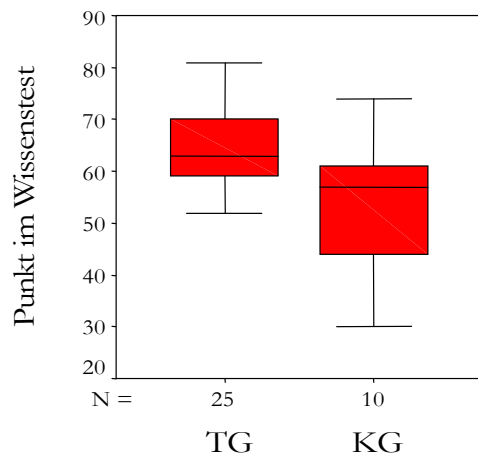


Abb. 31: Boxplot des Kontrollgruppen-Vergleichs für den Wissenstest

Diese Differenz entsprach einer Effektstärke von $d = .71$, wenn die größere Streuung der KG zugrunde gelegt wurde. Das Einsetzen der gepoolten Streuung ergab $d = .87$. Hier handelt es sich also um einen mittleren bis großen Effekt, der mit dem t-Tests für unabhängige Stichproben und dem Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz geprüft wurden. Beide Tests erbrachten ein signifikantes Ergebnis auf dem .05-Niveau ($p = .01$ bzw. $p = .03$). Der Effekt wird sogar noch etwas unterschätzt, da die KG schon beim Prätest etwas besser war als die TG, was sich auch beim Posttest fortsetzte.

Es ergaben sich große bzw. sehr große Effekte in erwarteter Richtung für die Wissenstests. Die Teilnehmer verbesserten sich wesentlich vom Vor- auf den Nachtest. Der Prä-Post- sowie der Kontrollgruppenvergleich erbrachten sehr große und signifikante bzw. sehr signifikante Effekte. Somit wurde die **achte Hypothese bestätigt**, nach der die Teilnehmer nach dem Kurs einen höheren Wissensstand bezüglich systemischer und konstruktivistischer Theoriegrundlagen sowie deren Anwendung im Beratungskontext haben sollten als vor dem Kurs.

9.2.2.2 Allgemeine Selbstwirksamkeit

Neben den wissens- und verhaltensbezogenen Lernzielen war es auch ein Anliegen des Kurses, die persönlichen Ressourcen der Teilnehmer gegen Stress und Burnout zu stärken. Es sollte die allgemeine Selbstwirksamkeit, die Bedrohungseinschätzungen und die proaktive Einstellung der Teilnehmer positiv beeinflusst werden. Nach der Hypothese H_9 sollten die Probanden nach dem Kurs über eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und proaktive Einstellung berichten als vor dem Kurs. Die Bedrohungseinschätzungen sollten dagegen abneh-

men. Auch auf der Ebene der Ressourcenvariablen wurden die Hypothesen mittels Prä-Post-Vergleich über alle Probanden sowie mit einem Vergleich der Prätest-Werte der KG mit den Posttest-Werten der TG überprüft.

Tab. 21 und Abb. 32 stellen zunächst die Prä- und Postwerte der Selbstwirksamkeitserwartung gegenüber.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	43	34
<i>Mittelwert</i>	29.51	30.71
<i>Median</i>	30.00	30.00
<i>Standardabweichung</i>	2.79	3.13
<i>Niedrigster Wert</i>	21.00	23.00
<i>Höchster Wert</i>	35.00	38.00

Tab. 21: Prä- und Postwerte der Selbstwirksamkeitserwartung

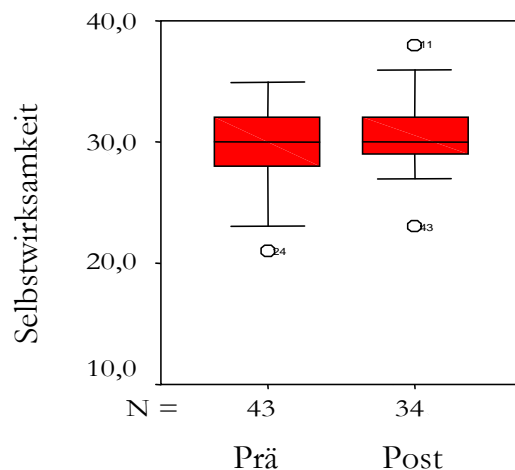


Abb. 32: Boxplot der Prä- und Postwerte der Selbstwirksamkeitserwartung

Der Selbstwirksamkeitsfragebogen wurde zum Prätest-Zeitpunkt von 43 Probanden ausgefüllt, zum Posttest-Zeitpunkt von 34. Das arithmetische Mittel betrug beim Vortest 29.51. Um die Selbstwirksamkeitswerte der Stichprobe der EFHLU-Studierenden besser einordnen zu können, wurden sie mit den verfügbaren Normdaten verglichen. Hierzu liegt ein Datensatz von über 17000 Probanden aus 22 Ländern vor, mit einem durchschnittlichen Selbstwirksamkeits-

wert von 29.46 für alle Länder und 29.57 für Deutschland (Schwarzer, 1999). Damit liegen die Prätest-Werte der Probanden der EFHLU fast exakt im Mittel dieser Stichprobe. Zum Posttest liegen die Werte im arithmetischen Mittel bei 30.71 und damit ca. einen Punkt über dem (deutschen und internationalen) Durchschnitt. Interessanterweise liegen der Prä- und Post-Median bei 30, die Post-Verteilung ist also rechtsschief. Sie hat ihren niedrigsten Wert bei 23, während dieser Wert zum Prätest bei 21 liegt. Die Mittelwertsdifferenz von Prä- zu Post wurde auf dem 5 % - Niveau signifikant ($p = .02$ für den t-Test und $p = .04$ für den Wilcoxon-Test) und entspricht mit einer Effektstärke von $f = .40$ bzw. $f = .43$ (bei Einsetzen der kleineren KG-Streuung) einem großen Effekt. Die Teilnehmer beurteilten sich also auf der Skala *Allgemeine Selbstwirksamkeit* beim Posttest als selbstwirksamer. Gemäß dem Versuchsplan wurde wieder der Vergleich der Posttest-Werte der TG mit den Prätest-Werten der KG durchgeführt. Tab. 22 und Abb. 33 geben einen Überblick.

	<i>Posttest TG</i>	<i>Prätest KG</i>
<i>N</i>	25	11
<i>Mittelwert</i>	31.12	29.27
<i>Median</i>	30.00	28.00
<i>Standardabweichung</i>	3.03	2.61
<i>Niedrigster Wert</i>	27.00	24.00
<i>Höchster Wert</i>	38.00	32.00

Tab. 22: *Allgemeine Selbstwirksamkeit im Kontrollgruppen-Vergleich*

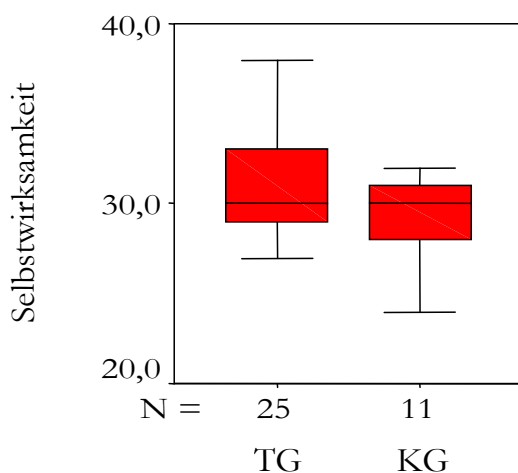


Abb. 33: *Boxplot der Allgemeinen Selbstwirksamkeit im Prä-Post-Vergleich*

Zum Prätest-Zeitpunkt haben beide Gruppen (TG und KG) vergleichbare Mittelwerte (29.59 für die TG, nicht aufgeführt, und 29.27 für die KG). Diese Differenz von $d = .12$ zugunsten der TG ist nicht signifikant auf dem 5 % -Niveau. Nach dem Kurs vergrößert sich der Abstand der TG von der KG. Die Post-Werte der TG haben einen arithmetischen Mittelwert von 31.12 und einen Median von 30. Die Differenz ist jedoch wegen der geringen Gruppengröße der KG von 11 Probanden nicht signifikant ($p = .26$ für den Mann-Whitney-U-Test und $p = .09$ für den t-Test für unabhängige Stichproben). Um den gefundenen Effekt innerhalb des Signifikanzniveaus von 5 % nachzuweisen, hätte die Stichprobengröße $N = 82$ betragen müssen.

Die Effektstärke betrug $d = .65$, was einem mittleren Effekt entspricht und ein starker Hinweis auf die Wirksamkeit des Kurses in Bezug auf die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer ist. Die Probanden der (Warte)-KG berichten nach dem Kurs ebenso über eine gestiegene Selbstwirksamkeitserwartung, wenn auch nicht im Ausmaß der TG (Mittelwert im Posttest 29.56). Diese Differenz von Prä nach Post entspricht einer Effektstärke von $d = .10$ bzw. $d = .11$ und ist nicht signifikant (Wilcoxon-Test: $p = .61$).

Zusammenfassend zeigt der Prä-Post-Vergleich der Mittelwerte eine gestiegene Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmer. Zusätzlich erlebten sich die Probanden der TG zum Messzeitpunkt 2 selbstwirksamer als die Probanden der KG. Diese Differenz wird jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht signifikant. Gegen zwischenzeitliche, vom Kurs unabhängige Einflüsse spricht jedoch die Tatsache, dass die KG, von diesen Ereignissen ebenfalls beeinflusst, einen höheren Prätest-Mittelwert (Messzeitpunkt II) haben müsste, dieser war aber lediglich so hoch wie der TG-Mittelwert zum Prätest. Für einen Trainingseffekt spricht auch, dass die KG nach dem Kurs ebenfalls einen Zugewinn an Selbstwirksamkeit für sich verbuchen konnte, wenn auch in geringerem Maße als die TG. Ein zweimaliges Eintreten von Ereignissen unabhängig vom Kurs, die beide Gruppen hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit beeinflusste, scheint sehr unwahrscheinlich, ist aber nicht unmöglich. Jedoch ist die Differenz der KG von Prä nach Post nicht signifikant, womit ein Trainingseffekt nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann.

Insgesamt konnte Hypothese ***H***, nur teilweise bestätigt werden, wonach die Teilnehmer nach dem Kurs über eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung berichten als vor dem Kurs und wurde demzufolge **verworfen**. Zur Einordnung und Diskussion der Ergebnisse siehe Kap.10.

9.2.3.2 Bedrohungseinschätzungen

Gemäß der kognitiven Stresstheorie von Lazarus (1981, siehe Kap. 3) können schwierige Situationen als Herausforderung oder als Bedrohung wahrgenommen werden, wobei nach Schwarzer und Jerusalem (1999) eine hohe (allgemeine) Selbstwirksamkeit zu niedrigen Bedrohungseinschätzung führen sollte. Die Probanden sollten die an sie gestellten Anforderungen nach dem Kurs „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ als weniger bedrohlich empfinden. Um die Hypothese H_{10} zu überprüfen, wurden die Prä- und Posttest-Ergebnisse der 3 Items zur „Bedrohungseinschätzung“ miteinander verglichen. Tab. 23 und Abb. 34 stellen die beiden Messzeitpunkte gegenüber.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	43	34
<i>Mittelwert</i>	2.08	1.94
<i>Median</i>	2.00	2.00
<i>Standardabweichung</i>	.51	.54
<i>Niedrigster Wert</i>	1.00	1.00
<i>Höchster Wert</i>	3.67	3.33

Tab. 23: Bedrohungseinschätzung im Prä-Post-Vergleich

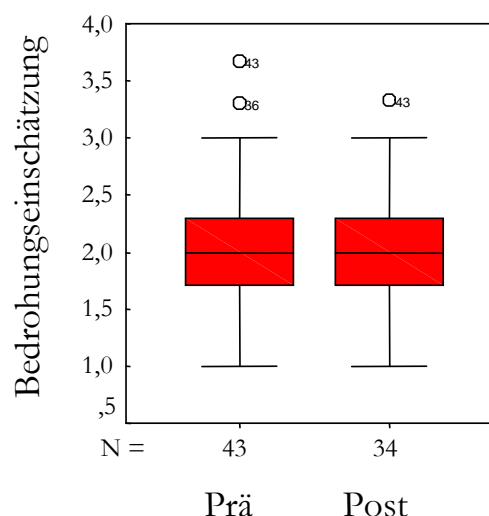


Abb. 34: Boxplot der Bedrohungseinschätzung im Prä-Post-Vergleich

An einer großen Stichprobe erhoben Schwarzer & Jerusalem (1999) zu drei Messzeitpunkten (N jeweils > 3000) die Herausforderungs- Bedrohungs- und Verlusteinschätzung von Lehrern. Die Mittelwerte für die Bedrohungseinschätzung lagen zwischen 2.23 und 2.27 bei einer Standardabweichung von .74 bis .76. Damit liegen die Einschätzungen der Stichprobe der EFHLU-Probanden Mittel etwas darunter, sie fühlen sich weniger bedroht. Auch die Standardabweichung ist bei der EFHLU-Stichprobe mit .51 bzw. .54 kleiner.

Die Bedrohungseinschätzung der Teilnehmer fällt zum Prätest im arithmetischen Mittel mit 2.08 etwas höher aus als zum Posttest (1.94), jedoch sind beide Mediane mit 2.0 identisch. Der Mittelwertsunterschied beträgt im Effektmaß $f = .25$ und ist damit ein mittlerer Effekt. Er ist mit $p = .02$ (t-Test und Wilcoxon-Test) signifikant auf dem 5%-Niveau. In diesem Fall liefert der Boxplot keine Information über eine Unterschiedlichkeit, jedoch lässt er die unterschiedliche Fallzahl von Prätest (43 Probanden) und Posttest (34 Probanden) unberücksichtigt. Man erkennt zwei Ausreißerwerte in der Prä-Verteilung und einen Ausreißerwert in der Post-Verteilung. Nach deren Elimination liegt der Mittelwert des Prätests bei 2.01, der des Posttests bei 1.90, das heißt der Effekt bleibt auf dem 5 %-Niveau signifikant ($p = .30$) und mit $f = .24$ in der ursprünglichen Größenordnung erhalten. Der Kontrollgruppenvergleich erbrachte folgendes Ergebnis (siehe Tab. 24 und Abb. 35):

	<i>Posttest TG</i>	<i>Prätest KG</i>
<i>N</i>	25	11
<i>Mittelwert</i>	1.89	2.15
<i>Median</i>	2.00	2.00
<i>Standardabweichung</i>	.49	.69
<i>Niedrigster Wert</i>	1.00	1.00
<i>Höchster Wert</i>	3.00	3.67

Tab. 24: Bedrohungseinschätzung im Kontrollgruppen-Vergleich

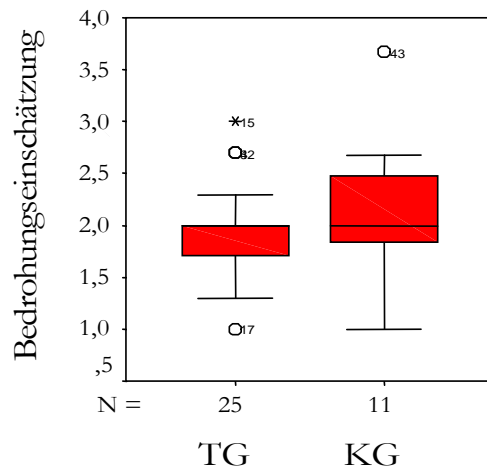


Abb. 35: Boxplot der Bedrohungseinschätzung im Kontrollgruppen-Vergleich

Die beiden Prätest-Werte der Bedrohungseinschätzung sind 2.06 für die TG und 2.15 für die KG, was einer geringen Vortest-Differenz zu Gunsten der TG in der Größenordnung von $d = .15$ entspricht. Diese ist jedoch nicht signifikant auf dem 5 %-Niveau.

Die Teilnehmer der TG fühlen sich nach dem Kurs insgesamt weniger bedroht als die Probanden der KG (vor dem Kurs). Die Differenz des Prä-Mittelwerts der KG und des Post-Mittelwerts der TG erreichte eine Effektstärke von $d = .43$ bzw. $d = .38$ (für die größere Standardabweichung der KG), entspricht also einem kleinen Effekt, der auf dem 5% - Niveau nicht signifikant wurde ($p = .38$ für den Mann-Whitney-U-Test und $p = .20$ für den t-Test für unabhängige Stichproben). Die notwendige Stichprobengröße, um den Effekt auf einem Signifikanzniveau von 5 % nachzuweisen, berechnet GPOWER mit $N = 236$ (118 pro Gruppe).

Zusammenfassend gelang die Absicherung der Ergebnisse gegenüber zwischenzeitlichen, vom Kurs unabhängigen Einflüssen nicht gänzlich. Es könnte von Prä- nach Post ein äußerer Effekt wirksam geworden sein. Eine signifikante (und substantielle) Differenz der KG von MZP II nach MZP III, welche einen äußeren Einfluss sehr unwahrscheinlich machen würde (da dieser dann zweimal wirksam sein müsste), fehlte jedoch. Die Differenz der Prä- und Post-Werte innerhalb der 11 Probanden der KG (von MZP 2 zu MZP 3) betrug lediglich $d = .06$, so dass hier ein deutlicher Wirksamkeitsnachweis fehlt.

Die Hypothese H_{10} , wonach sich die Teilnehmer durch die an sie gerichteten Anforderungen nach dem Kurs weniger bedroht fühlen als vor dem Kurs, konnte nur für den Prä-Post-Vergleich, bestätigt werden und wurde demzufolge **verworfen**.

9.2.3.3 Proaktive Einstellung

Die Werte für die interne Ressource *proaktive Einstellung*, die ebenfalls mit der optimistischen Erwartung eigener Kompetenz in Verbindung steht (siehe Kap. 4), sollte im Prä-Post-Vergleich zunehmen. Tab. 25 und Abb. 36 geben einen Überblick über die Verteilung der Prä- und Post-Werte.

	<i>Prätest</i>	<i>Posttest</i>
<i>N</i>	43	34
<i>Mittelwert</i>	24.98	25.56
<i>Median</i>	26.00	25.00
<i>Standardabweichung</i>	3.14	2.99
<i>Niedrigster Wert</i>	17.00	17.00
<i>Höchster Wert</i>	30.00	31.00

Tab. 25: Die *proaktive Einstellung* im Prä-Post-Vergleich

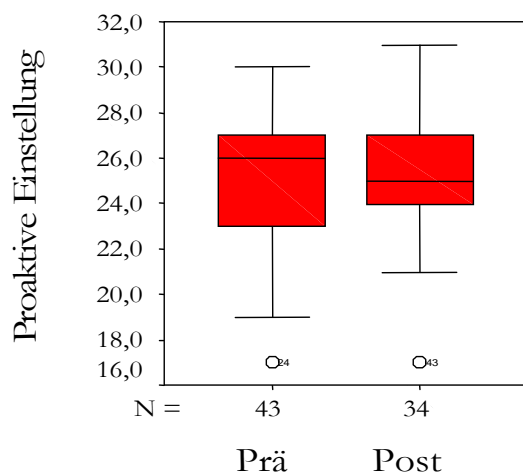


Abb. 36: Boxplot der *proaktiven Einstellung* im Prä-Post-Vergleich

Schwarzer & Jerusalem (1999) referieren Mittelwerte zweier Lehrer-Stichproben mit $N = 267$ und $N = 298$. Die Mittelwerte betrugen 25.18 bzw. 24.11. Die Stichprobe der EFHLU-Studierenden hat also, was Mittelwert und Standardabweichung betrifft, ungefähr die gleiche Ausprägung der proaktiven Einstellung wie die beiden Lehrer-Stichproben. Zum Posttest steigt sie über deren Mittelwert etwas hinaus.

Nach dem Kurs zeigte sich eine geringfügige Mittelwertsdifferenz von .58 Punkten zwischen Prä- und Post-Werten. Der Unterschied ist nicht signifikant auf dem 5 %-Niveau (t-Test für abhängige Stichproben, $p = .17$) und entspricht einer Effektstärke von $f = .18$.

Auch hier wurde der Vergleich der KG mit der TG durchgeführt. Die Prätest-Mittelwerte waren mit 24.97 für die TG und 25.00 für die KG fast identisch, es gab also keine relevanten Vor-testunterschiede. Nach dem Kurs stiegen die Werte der TG für die proaktive Einstellung auf 26.00 an. Das entspricht einer Effektstärke von $d = .33$ (bzw. .31 für die KG-Streuung), also einem kleinen Effekt. Aufgrund der Stichprobengröße wurde der Effekt nicht signifikant. Der Mann-Whitney-U-Test erbrachte für den Kontrollgruppenvergleich auf dem 5 %-Niveau ein nicht signifikantes Ergebnis mit $p = .48$. Die Stichprobengröße hätte 200 Probanden pro Gruppe betragen müssen, um den Mittelwertsunterschied auf dem 5 %-Niveau signifikant nachzuweisen.

Es zeigten sich für den Prä-Post-Vergleich keine substantiellen oder signifikanten Effekte. Beim Kontrollgruppenvergleich wurde ein kleiner, jedoch nicht signifikanter Effekt erzielt. Die Hypothese H_{1b} , wonach die proaktive Einstellung der Teilnehmer nach dem Kurs stärker ausgeprägt ist als vor dem Kurs, wurde damit **nicht** bestätigt.

9.3. Transferebene

Auf der Transferebene wurden fünf Hypothesen formuliert. Die ersten vier Hypothesen machten Aussagen bezüglich einer Anwendung der Inhalte und Methoden des Kurses im Alltag, einer Verbesserung der Kommunikation, des Selbstmanagements und der wahrgenommenen gesundheitlichen Wirkung des Kurses. Die letzte Hypothese postulierte, dass die positiven Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeit, der Bedrohungseinschätzungen, der proaktiven Einstellung und der interpersonellen Probleme zum Katamnese-Zeitpunkt erhalten bleiben sollten.

9.3.1 Allgemeiner Transfer

Zunächst wurde die globale Transferhypothese H_{12} überprüft, wonach die Teilnehmer von den Inhalten und Methoden des Trainingsprogramms im Alltag gebrauch machen konnten. Hierzu wurden die Mittelwerte der ersten beiden Items des Transferfragebogens (siehe Anhang G) herangezogen. Unter Berücksichtigung der vier Abstufungen im Fragebogen (1)trifft nicht zu,

(2)trifft kaum zu, (3)trifft eher zu und (4)trifft genau zu wurde ab einem Wert von 2 ein relevanter Transfer angenommen. Tab. 26 und Abb. 37 geben einen Überblick über den allgemeinen Transfer.

	<i>TG</i>	<i>KG</i>	<i>Summe</i>
N	16	7	23
Mittelwert	2.35	2.14	2.29
Median	2.33	2.00	2.33
Standardabweichung	.52	.69	.57
Niedrigster Wert	1.33	1.00	1.00
Höchster Wert	3.00	3.00	3.00

Tab. 26: Der allgemeine Transfer

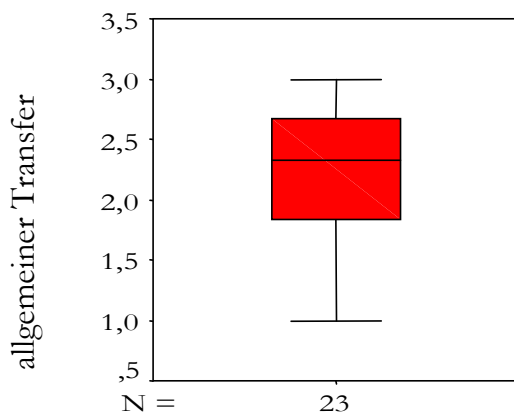


Abb. 37: Boxplot des allgemeinen Transfers

Insgesamt füllten 23 Teilnehmer den Transferfragebogen aus bzw. schickten ihn zurück. Die Einschätzung der Probanden bezüglich des allgemeinen Transfers betrug auf der Skala von 1.00 bis 4.00 im arithmetischen Mittel 2.29 und (fast identisch) 2.33 im Median. Damit findet er sich in einem mittleren Bereich zwischen (2)trifft kaum zu und (3)trifft eher zu. Die Streuung der Werte ist mit .57 relativ gering. 50 % der Fälle befinden sich zwischen 1.67 und 2.67. Berechnet man einen Gesamtindex aus allen Skalen zum Trainingstransfer, erhält man fast identische Ergebnisse. Dies bestätigt einerseits die Ergebnisse sowie andererseits die Validität der Items zum globalen Transfer. H_{12} konnte damit **bestätigt** werden.

9.3.2 Verbesserung der Kommunikation

Die erste vertiefende Hypothese zum Trainingstransfer, H_{14} lautete: *Die Teilnehmer nehmen im beruflichen und privaten Alltag eine Verbesserung ihrer sozialen, insbesondere kommunikativen Fähigkeiten wahr.* Entsprechende Items im Transferfragebogen waren Item 3, 4 und 5 (siehe Anhang G), für die ein Mittelwert gebildet wurde. In Tab. 27 ist die deskriptive Statistik für den Mittelwert der TG und KG wiedergegeben, in Abb. 38 ist der Mittelwertsunterschied grafisch dargestellt. Im Bereich der Interaktion/Kommunikation betrug das arithmetische Mittel 2.15. 50 % der Werte lagen zwischen 1.83 und 2.63 und nur 25 % der Werte unterhalb von 1.83. H_{14} , nach der die Teilnehmer im beruflichen und privaten Alltag eine Verbesserung ihrer sozialen, insbesondere kommunikativen Fähigkeiten wahrnehmen, wurde somit **bestätigt**.

	TG	KG	Summe
N	16	7	23
Mittelwert	2.21	2.01	2.15
Median	2.00	2.00	2.00
Standardabweichung	.55	.79	.62
Niedrigster Wert	1.00	1.00	1.00
Höchster Wert	3.00	3.14	3.14

Tab. 27: Die Verbesserung der Kommunikation

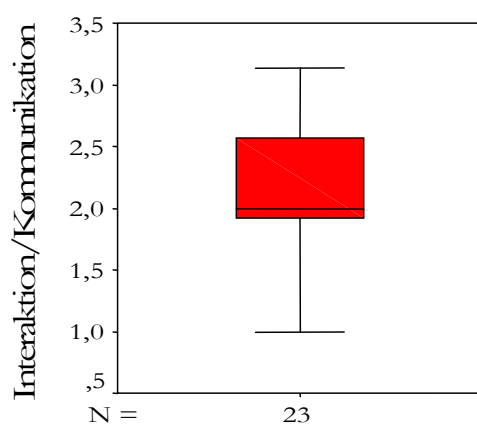


Abb. 38: Boxplot der Verbesserung der Kommunikation

9.3.3 Lösungsorientiertes Selbstmanagement

Um die Einschätzung der Teilnehmer zum Transfer des lösungsorientierten Selbstmanagements zu erhalten, wurden aus den Items 6, 7 und 8 des Transferfragebogens wiederum Mittelwerte gebildet. Diese sind in Tab. 28 und Abb. 39 dargestellt.

	<i>TG</i>	<i>KG</i>	<i>Summe</i>
N	16	7	23
Mittelwert	2.50	2.19	2.41
Median	2.50	2.33	2.33
Standardabweichung	.47	.81	.59
Niedrigster Wert	1.33	1.00	1.00
Höchster Wert	3.00	3.33	3.33

Tab. 28: Das lösungsorientierte Selbstmanagement

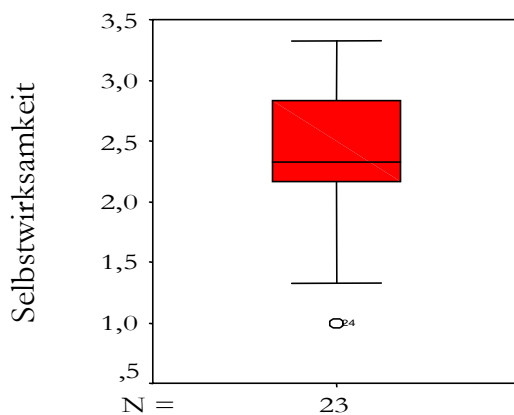


Abb. 39: Boxplot des lösungsorientierten Selbstmanagements

Die Datenlage stellte sich beim lösungsorientierte Selbstmanagement ähnlich dar. Hier lagen die Werte im Mittel bei 2.41 bzw. im Median bei 2.33 bei einer Streuung von .59. Damit konnte **H₁₄ bestätigt** werden, wonach die Teilnehmer das lösungsorientierte Selbstmanagement im Alltag für sich selbst und für andere nutzen können.

9.3.4 Subjektiv eingeschätzter gesundheitlicher Nutzen

Gemäß H_{15} sollten die Teilnehmer für sich einen gesundheitlichen Nutzen durch den Besuch des Kurses erkennen. Diese subjektive Einschätzung wurde im letzten Bereich des Transferfragebogens durch die Items 9,10 und 11 des erfasst. Diese wurden wiederum zu einem Mittelwert zusammengefasst. In Tab. 29 und Abb. 40 sind deskriptive Statistiken der Variablen wiedergegeben.

	<i>TG</i>	<i>KG</i>	<i>Summe</i>
N	16	7	23
Mittelwert	2.15	1.81	2.41
Median	2.00	2.00	2.00
Standardabweichung	.50	.72	.58
Niedrigster Wert	1.33	1.00	1.00
Höchster Wert	3.00	2.67	3.00

Tab. 29: Der subjektiv eingeschätzte gesundheitliche Nutzen des Kurses

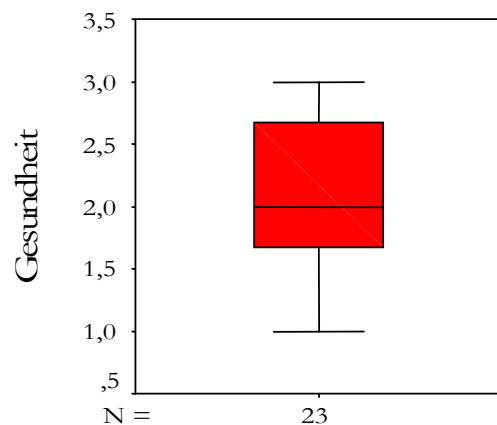


Abb. 40: Boxplot des subjektiv eingeschätzten gesundheitlichen Nutzens

Beim Bereich *Gesundheit* liegt der Median exakt bei 2.00, das arithmetische Mittel bei 2.41. Auch hier ist die Streuung vergleichsweise niedrig mit .58. Somit wurde auch H_{15} , wonach die Teilnehmer in Bezug auf ihre Ressourcen, Stress und Burnout positive Veränderungen in ihrem Alltag angeben, **bestätigt**.

9.3.5 Stabilität des Trainingseffekts

In Hypothese H₁₆ wurde postuliert, dass die gefundenen Effekte auf die kognitiven Variablen *allgemeine Selbstwirksamkeit*, *proaktive Einstellung* und *Bedrohungseinschätzung* sowie die *interpersonellen Probleme* über die Zeit hinweg stabil bleiben. Daher wurden die Variablen zum MZP IV erneut erhoben (siehe Evaluationsdesign in Abschnitt 8.2.1). Auf der Verhaltensebene war außer der Erhebung des IIP-C wegen des enormen Aufwands durch die Rollenspiele, Videoaufzeichnungen und Auswertungen der Sequenzen keine Katamnese durchführbar. Dies wäre für weitere Untersuchungen anzuregen.

9.3.5.1 Allgemeine Selbstwirksamkeit

Tab. 30 und Abb. 41 zeigen den Verlauf der Mittelwerte der allgemeinen Selbstwirksamkeit über die drei Messzeitpunkte.

	<i>Prä</i>	<i>Post</i>	<i>Katamnese</i>
<i>N</i>	43	34	23
<i>Mittelwert</i>	29.51	30.71	30.26
<i>Median</i>	30.00	30.00	31.00
<i>Standardabweichung</i>	2.79	3.12	2.75
<i>Niedrigster Wert</i>	21.00	23.00	21.00
<i>Höchster Wert</i>	35.00	38.33	35.00

Tab. 30: Stabilität der Effekte für die allgemeine Selbstwirksamkeit

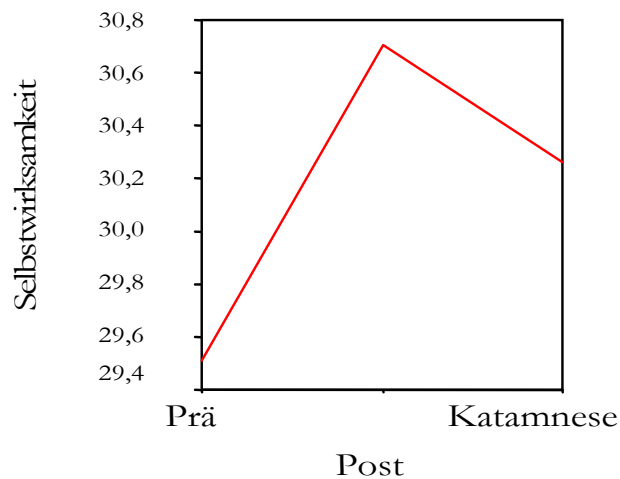


Abb. 41: Grafische Darstellung der Effekstabilität auf die allgemeinen Selbstwirksamkeit

Die Werte für die allgemeine Selbstwirksamkeit stiegen von Prä nach Post an (siehe 9.2.3.2) und fielen dann wieder etwas ab, ohne jedoch auf das Vortestniveau zurückzukehren. Dennoch ist der Median der allgemeinen Selbstwirksamkeit mit 31 bei der Transfermessung höher als beim Prä- oder Posttest. Die negative Mittelwertsdifferenz von Post zu Katamnese war nicht signifikant auf dem 5 %-Niveau (t-Test für abhängige Stichproben $p = .29$ und Wilcoxon-Test $p = .31$). Somit konnte von einer Stabilität der Effekte ausgegangen werden.

9.3.5.2 Bedrohungseinschätzung

Der Mittelwert für die subjektiv eingeschätzte Bedrohung der Probanden fiel von Prä nach Post signifikant ab ($p = .15$, siehe 9.2.3.3). Tab. 31 und Abb. 42 geben die Entwicklung der Variablen über die drei Messzeitpunkte wieder.

	Prä	Post	Katamnese
N	43	34	23
Mittelwert	2.08	1.94	2.04
Median	2.00	2.00	2.00
Standardabweichung	.51	.54	.82
Niedrigster Wert	1.00	1.00	1.00
Höchster Wert	3.67	3.33	5.00

Tab. 31: Stabilität der Effekte für die Bedrohungseinschätzung

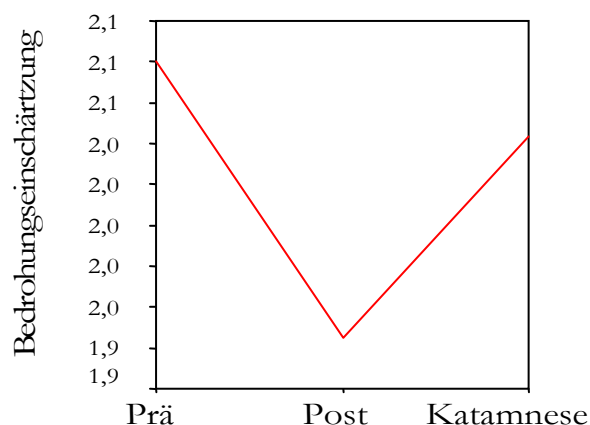


Abb. 42: Grafische Darstellung der Stabilität der Effekte für die Bedrohungseinschätzung

Gemäß der Transferhypothese sollten die Bedrohungseinschätzungen auch nach Beendigung des Kurses auf niedrigem Niveau bleiben. Man sieht, dass der Mittelwert der Bedrohungseinschätzungen nach dem Kurs wieder zunahm, jedoch nicht bis zum Ausgangswert zurück. Die Differenz ist nicht signifikant auf dem 5 %-Niveau (t-Test für abhängige Stichproben $p = .91$ und Wilcoxon-Test $p = .78$), womit auch im Falle der Bedrohungseinschätzung von der Stabilität der Kurseffekte ausgegangen werden konnte.

9.3.5.3 Proaktive Einstellung

Die Mittelwerte für die proaktive Einstellung stiegen von Prä nach Post von 24.98 auf 25.56, was jedoch nicht signifikant war.

	Prä	Post	Katamnese
N	43	34	23
Mittelwert	24.98	25.56	26.17
Median	26.00	25.00	26.00
Standardabweichung	3.14	2.99	2.52
Niedrigster Wert	17.00	17.00	19.00
Höchster Wert	30.00	31.00	31.00

Tab. 32: Stabilität der Effekte für die proaktive Einstellung

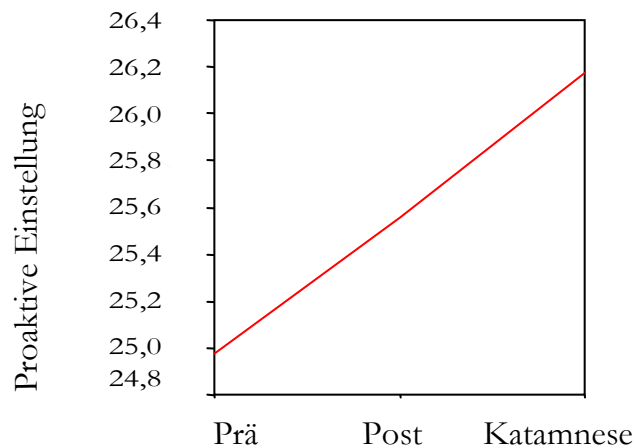


Abb. 43: Grafische Darstellung der Stabilität der Effekte für die proaktive Einstellung

Danach erfolgte nach Kursende ein erneuter Anstieg auf 26.17, was wiederum auf dem 5 %-Niveau nicht signifikant wurde, jedoch mit $p = .14$ als Trend zu deuten ist. Tab. 32 und Abb. 43 geben einen Überblick. **Zusammenfassend** blieb der Effekt entgegen den Erwartungen nicht nur konstant, sondern steigerte sich nach Beendigung des Kurses. Dieser interessante Befund wird in Kap. 10 bei der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse eingeordnet. Auch hier konnte von **der Stabilität des Trainingseffektes** ausgegangen werden.

9.3.5.4 Interpersonelle Probleme

Die Ergebnisse für den Prä-Post-Vergleich aller Skalen und der Gesamtwerte des IIP-C wurden in Abschnitt 9.2.2.4 dargestellt.

	Prä	Post	Katamnese
N	40	34	20
Mittelwert	10.45	9.37	9.63
Median	9.88	9.50	9.82
Standardabweichung	2.76	3.14	3.05
Niedrigster Wert	6.63	3.63	4.00
Höchster Wert	19.75	16.88	17.88

Tab. 33: Stabilität der Effekte für die Gesamtwerte des IIP-C

Tab. 33 und Abb. 44 geben die Verlauf der IIP-C- Gesamtwerte über die drei Messzeitpunkte wieder.

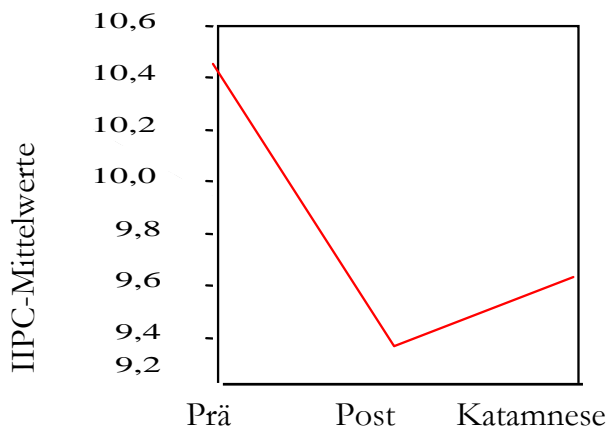


Abb. 44: Grafische Darstellung der Stabilität der Effekte für die Gesamtwerte des IIP-C

Bei den IIP-C-Gesamtwerten fiel der Effekt von Post zu Katamnese ab, jedoch nicht bis zum Ausgangswert. Diese negative Mittelwertsdifferenz wurde nicht signifikant auf dem 5%- Niveau ($p = .82$ für den t-Test für abhängige Stichproben und $p = .94$ für den Wilcoxon-Test). Innerhalb der einzelnen Skalen wurde nur die Skala NO (zu expressiv/aufdringlich) für die Differenz von Posttest zu Katamnese signifikant. Aufgrund der Deutlichkeit der Ergebnisse für alle anderen IIP-C-Skalen sowie für die Gesamtskala im Post-Katamnese-Vergleich wurde jedoch auch hier annäherungsweise von der Stabilität der Effekte ausgegangen.

Zusammenfassend sanken nach Kursende die Effekte für die allgemeine Selbstwirksamkeit, die Bedrohungseinschätzungen und die IIP-C-Werte ab, jedoch waren diese negativen Mittelwertsdifferenzen mit einer Ausnahme nicht signifikant. Die proaktive Einstellung der Probanden stieg nach Kursende sogar weiter an. **Insgesamt** wurde damit **H₁₆ bestätigt**, wonach die positiven Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeit, der Bedrohungseinschätzungen, der proaktiven Einstellung und der interpersonellen Probleme über die Zeit hinweg stabil bleiben.

TEIL IV: ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

10. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Evaluationsstudie zum Kurs „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ vor dem Hintergrund der charakteristischen Arbeitsbelastung in Pflegeberufen (Kap. 2) und der ressourcentheoretischen Modelle zu Stress und Burnout (Kap. 3) diskutiert werden. Die leitende Fragestellung ist dabei, ob der Kurs als Präventionsmaßnahme geeignet ist, die in Kap. 4 dargestellten spezifischen Ressourcen gegen Stress und Burnout zu entwickeln bzw. zu stärken. Daran schließen sich eine kritische Betrachtung zum methodischen Vorgehen und ein Fazit an. Die Arbeit schließt mit einem Ausblick, der die zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse abrundet.

10.1 Inhaltliche Validierung des Kursmanuals

Im Rahmen dieser Studie ging es in erster Linie um die *inhaltliche Validierung* des Kursmanuals im Sinne einer Überprüfung der Effekte auf die verhaltensbezogene Ressource „Beratungskompetenz“ und auf kognitive Ressourcen. Die im Arbeitsmodell in Abschnitt 6.1 postulierten längerfristigen Wirkungen auf Gesundheits-, Stress- und Burnout-Indikatoren wurden in vorliegender Untersuchung nur ansatzweise im Rahmen der Transferbefragung erforscht. In zukünftigen Untersuchungen sollten diese Variablen im Sinne einer Risikofaktoren-Analyse zusätzlich erhoben werden.

10.1.1 Zufriedenheitsebene

Um die Effektivität des Kurses zu bestimmen, wurde den Stufen des Trainingsevaluationsmodells von Kirkpatrick (1998, siehe Kap. 8.1.2) gefolgt. Die Stufen bzw. Ebenen sind nach

Aussagekraft der Effektivitäts-Indikatoren geordnet. *Zufriedenheit* der Teilnehmer mit der Maßnahme ist der schwächste Indikator für einen Trainingserfolg, da auch bei hoher Zufriedenheit kein Lernen stattfinden muss. Die Teilnehmer des Kurses waren insgesamt mit dem Kurs zufrieden. Die Gesamtzufriedenheit entsprach der Schulnote „gut“. Einhellig positiv wurde der Bereich *Trainingsinhalte* beurteilt, für die sich die Teilnehmer, so auch der persönliche Eindruck der Trainer, sehr begeistern konnten. Fast ebenso gut wurden die *Methoden* beurteilt. Besonders die praktischen Übungen und Rollenspiele kamen bei den Kursteilnehmern gut an. Es blieb jedoch oft nicht genügend Zeit für eine ausführliche Nachbesprechung. Dies spielte wahrscheinlich in die etwas kritischere Beurteilung der *Zufriedenheit mit dem eigenen Lernerfolg* hinein, die aber immer noch mit der Note „gut“ beurteilt wurde. In einer Einführungsveranstaltung mit nur zehn Kursstunden konnten nicht annähernd das Wissen und die Kompetenzen einer sonst mehrjährigen Ausbildung zum systemischen Berater vermittelt werden. In diesem sehr begrenzten Rahmen mussten wichtige Inhalte abgekürzt und viele Fragen zurückgestellt werden. Hier sollte in Zukunft ein zeitlich großzügigerer Rahmen gewählt werden. Es ist bemerkenswert, dass in zehn Stunden trotzdem große Effekte erzielt wurden, was als Argument für den lösungsorientierten Ansatz im Bereich der Stressprävention angesehen werden kann. Es lässt sich nur spekulieren, um wie viel größer die Effekte bei einer längeren Kursdauer oder zusätzlichen Maßnahmen, wie z.B. Einzel-Coaching, gewesen wären. *Insgesamt* ist es im Bereich der *Zufriedenheit mit dem Kurs* gelungen, ein Curriculum zu konzipieren, das für die Teilnehmer interessant und motivierend ist. Es war ein großes Interesse an systemischen und speziell lösungsorientierten Kursangeboten festzustellen und nicht wenige Teilnehmer fragten nach weiteren Angeboten aus diesem Bereich.

10.1.2 Ressourcenebene

Auf der *Lernerfolgsebene* lag das Hauptanliegen des Kurses in der Förderung von internen Ressourcen, weshalb hier der Begriff *Ressourcenebene* gewählt wurde. Die Ressourcenebene wurde in die Ebenen *Beratungskompetenz* und *kognitive Ressourcen* untergliedert. Der Kurs sollte systemisch-lösungsorientierte Beratungskompetenz als interne Ressource vermitteln. Daneben sollten kognitive Ressourcen wie Wissen oder allgemeine Selbstwirksamkeit gefördert werden. Außerdem sollten sich die sozialen Beziehungen der Teilnehmer verbessern bzw. die *interpersonellen Probleme* abnehmen. *Zusammenfassend* wurden auf der Lernerfolgsebene/Ressourcenebene folgende Variablen erhoben:

1) Beratungskompetenz

- Kompetenz, ein lösungsorientiertes Beratungsgespräch zu führen

- globale Lösungsorientierung
- kooperative Beziehungsgestaltung

2) Interpersonelle Probleme

3) Kognitive Ressourcen

- Wissen
- allgemeine Selbstwirksamkeit
- proaktive Einstellung
- Bedrohungseinschätzung

Die größten Effekte zeigten sich im Bereich *Beratungskompetenz*. Mit „Beratungskompetenz“ ist nicht nur der Kontext der expliziten Beratung gemeint, sondern auch die Kompetenz, mit Patienten, Kollegen, Vorgesetzten usw. lösungsorientiert zu kommunizieren. Im Sinne des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker, 2006, siehe Kap. 4) wird diese Ressource den berufsspezifischen Anforderungen zu deren besseren Bewältigung gegenübergestellt. Diese Bewältigung wirkt sich neben der Stressreduktion auch direkt förderlich auf die Gesundheit aus (Becker et al., 2004). Vor und nach dem Kurs wurden Beratungsgespräche jedes Teilnehmers auf Video aufgezeichnet und von unabhängigen Beurteilern ausgewertet. Die Interrater-Reliabilitäten der beiden Beurteiler-Paare waren mit .69 bis .77 (Intraclass-Korrelationskoeffizient) sehr zufrieden stellend, was für eine gute Raterschulung und reliable Umsetzung des eingesetzten Beobachtungs-Instruments spricht.

Die Kursteilnehmer waren nach dem Training in der Lage, eine *Auftragsklärung*, *Zielklärung* und die *Lösungsgestaltung* gemäß dem systemisch-lösungsorientierten Beratungsmodell aus Kap. 5 mit den entsprechenden Interventionen durchzuführen. Die Auswerter prüften außerdem, ob die Teilnehmer in ihren Beratungsgesprächen auf *Unterschiede und Ausnahmen* fokussierten und ob sie in der Lage waren, eine *hypothetische Lösung* zu erarbeiten (siehe Abschnitt 5.4). Bedingt durch das eher geringe praktische Vorwissen fielen die Vortest-Nachtest-Differenzen und damit die Effektstärken durchweg hoch aus. Die Nachtest-Ergebnisse bzw. Ergebnisse der Trainingsgruppe lagen im Mittel 2-3 Standardabweichungen (!) über den Vortest-Ergebnissen bzw. den Ergebnissen der Kontrollgruppe.

Die Beurteiler der Video-Rollenspiele bewerteten unabhängig von konkreten Verhaltensweisen auch den Gesamteindruck der Gespräche. Neben dem Demonstrieren der Beratungstechniken waren die Probanden nach dem Kurs auch in der Lage, „zwischen den Zeilen“ *lösungsorientierter*

zu kommunizieren sowie eine *kooperative Beziehung* mit dem Gesprächspartner zu gestalten. Hier waren die Effektstärken ebenso groß wie bei den verhaltensnahen Items. Diese eher „weichen“ Faktoren sind im Hinblick auf die alltägliche Anwendung vielleicht ein noch wichtigerer Hinweis auf die Effektivität des Kurses als die Beherrschung der Fragen und Standard-Interventionen, die relativ leicht einstudiert werden können. Hier ist bereits ein erster Transfer des Gelernten zu erkennen, der sich auch auf der Transferebene der Evaluation zeigen sollte (zu den Transferergebnissen siehe weiter unten).

Als zusätzliche Perspektive wurden die „Klienten“ im Rollenspiel zu ihrer Zufriedenheit mit der Beratung befragt. Außerdem sollten sie angeben, wie lösungsorientiert die Gespräche ihrer Meinung nach waren. Es ließ sich feststellen, dass die Lösungsorientierung in den Gesprächen auch für die Gesprächspartner spürbar war, was mit einer erhöhten Klientenzufriedenheit einherging. Die Beratenen waren mit den Gesprächen nach Kursende zufriedener und stuften diese auch lösungsorientierter ein. Dieser Nachweis gelang jedoch nur für den Prä-Post-Vergleich. Der Kontrollgruppenvergleich war wegen der geringen Kontrollgruppengröße von 11 Probanden nicht signifikant. Man hätte pro Gruppe 73 (für die Zufriedenheit mit der Beratung) und 108 (für die Lösungsorientierung) Probanden benötigt, um ein signifikantes Ergebnis zu erzielen. Doch Abgesehen von der statistischen Signifikanz wurde ein *für die Praxis relevantes* Ergebnis erzielt, nämlich mittlere Effektstärken um .5. Der Grund, warum sich hier keine deutlicheren Effekte zeigten, mag zum einen daran liegen, dass die Kursteilnehmer zum Posttest noch nicht über die nötige Flexibilität in der Gesprächsführung verfügten, was zumindest zum Teil eine Folge der kurzen Trainingszeit ist. Zum anderen war die konsequente Lösungsorientierung der Gespräche für viele Probanden ungewohnt, was eventuell mit einer zurückhaltenden oder gar kritischen Bewertung seitens der „Klienten“ quittiert wurde. Schließlich war eine sehr wohlwollende Beurteilung der Berater zum Prätest-Zeitpunkt festzustellen. Die Probanden wollten ihre Kommilitonen möglicherweise zu Kursbeginn nicht zu negativ beurteilen, waren jedoch zum Posttest etwas strenger, was den gefundenen Effekt eventuell verkleinerte.

Bei den Probanden handelte es sich um Studierende der Fachrichtungen Pflegemanagement und -pädagogik, die während des Untersuchungszeitraums fast ausnahmslos einer Nebenbeschäftigung im Pflegebereich nachgingen. Die Teilnehmer waren nach dem Kurs weniger durch interaktionelle Probleme belastet als vor dem Kurs. Dies kann als ein erster Hinweis auf einen Transfer der lösungsorientierten Gespräche in die alltägliche Arbeit mit Patienten, Kollegen, Vorgesetzten etc. angesehen werden. Interessant ist, dass die EFHLU-Studierenden bereits zu Beginn des Kurses etwas weniger durch interaktionelle Probleme belastet waren als die

Normstichprobe des IIP-C. Dies spricht für gute soziale- bzw. Problemlösefähigkeiten dieser Stichprobe.

Alle Skalen des *Inventars Interpersoneller Probleme* (IIP-C, siehe Abschnitt 8.3.2.8) lagen nach dem Kurs niedriger als vor dem Kurs. Es ergaben sich kleine bis mittlere Effekte, die jedoch nur für den Gesamtwert und für die Skala *zu expressiv/aufdringlich* signifikant wurden. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass nur neun Probanden der Kontrollgruppe den Fragebogen ausfüllten. Somit hätte der Mittelwertsunterschied wesentlich deutlicher ausfallen müssen, um die Signifikanzgrenze von $p = .05$ zu unterschreiten. Im Hinblick auf Burnoutprävention ist der Effekt auf die Skala *zu expressiv/aufdringlich* (mit $f = .60$ ein großer Effekt) besonders interessant, da zur systemischen Professionalität die Zurückhaltung eigener Vorschläge und eine neutrale Haltung gehört. Beides wurde im Kurs gefördert und sollte mit einer Dämpfung zu hoher eigener Ausgangsmotivation einhergehen, die als ein Faktor bei der Entwicklung von Burnout gilt (Schaufeli, 1998). Dies könnte ein wichtiger Hinweis darauf sein, in zukünftigen Kursen ein größeres Gewicht auf die Umsetzung der einstellungsbezogenen Lernziele (siehe Abschnitt 7.4) zu Lasten des konkreten Beraterverhaltens zu legen.

Durch die geförderte Beratungskompetenz, das systemische Selbstmanagement und die systemisch-lösungsorientierten Haltungen bzw. Einstellungen (Neutralität usw., siehe Kap. 5) sollte auch eine Stärkung der kognitiven Ressourcen *Wissen, allgemeine Selbstwirksamkeit, proaktive Einstellung* und eine Reduktion von *Bedrohungseinschätzungen* erfolgen. Diese Ressourcen wurden wegen ihrer spezifischen Wirkung in Bezug auf Stress und Burnout ausgewählt (siehe Kap. 4). Zunächst war festzustellen, dass Teilnehmer ihr *deklaratives* und *prozedurales Wissen* bezüglich systemisch-lösungsorientierter Theorien und Prinzipien wesentlich verbessern konnten. Die entsprechende Hypothese wurde voll bestätigt. Es ergab sich für den Prä-Post-Vergleich ein sehr großer und für den Kontrollgruppenvergleich ein mittlerer bis großer Effekt. Nur wenige Teilnehmer verfügten über substantielles Vorwissen, was darauf hinweist, dass die systemisch-lösungsorientierte Beratung trotz ihrer Popularität nur einem kleinen Kreis von Anwendern bekannt ist.

Durch den Kurs wurde die *allgemeine Selbstwirksamkeit*, die vielleicht wichtigste interne Ressource gegen Burnout (Schmitz & Schwarzer, 2000), gestärkt. Zu Kursbeginn lag der Wert im Schnitt bei 29.51 und damit fast exakt im deutschen Durchschnitt. Nach dem Kurs lag der Durchschnittswert der Probanden bei 30.71. Dies entsprach einem großen Effekt für den Prä-Post-Vergleich. Die Differenz war noch deutlicher für den Kontrollgruppenvergleich, wurde

aber wegen der geringen Gruppengröße der KG von 11 Probanden nicht signifikant. Die Stichprobengröße hätte $N = 82$ betragen müssen, um den Effekt zweifelsfrei nachzuweisen. So musste die entsprechende Hypothese H_0 , nach der die Teilnehmer zum Kursende über eine höhere allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung berichten als zu Kursbeginn, streng genommen verworfen werden. Es soll jedoch betont werden, dass es sich beim Signifikanzniveau um eine Irrtumswahrscheinlichkeit handelt, die bei gleicher Effektgröße mit zunehmender Stichprobengröße sinkt. Der Effekt wäre gegebenenfalls mit einer größeren Kontrollgruppe nachzuweisen. Bemerkenswert ist, dass die allgemeine Selbstwirksamkeit ohne *direkte* Beeinflussung gestiegen ist. Doch worauf sind diese Effekte zurückzuführen? Es würden sich wahrscheinlich größere Effekte bei einer direkten Beeinflussung, z.B. durch kognitive Methoden, ergeben. Als Beispiel sei hier das Trainingsprogramm von Schwarzer (1998a) zur Steigerung der Selbstwirksamkeit von Lehrern erwähnt. Die gestiegene allgemeine Selbstwirksamkeit, die auch als *positive Kompetenzerwartung* bezeichnet wird (Schwarzer, 1994), ist vermutlich in Zusammenhang mit einer verbesserten Beratungskompetenz zu sehen. Die Teilnehmer hegten die Erwartung, zukünftig Gespräche besser und lösungsorientierter führen zu können. Es fand jedoch über diese eher spezifische Selbstwirksamkeitserwartung eine Generalisierung auf andere Bereiche bzw. Situationen statt, denn im Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit wird generell gefragt, wie gut jemand glaubt, durch sein Verhalten mit Situationen und auftretenden Hindernissen fertig zu werden. In systemischer Terminologie könnte man formulieren, dass die Probanden durch den Kurs zu bestimmten Veränderungen angeregt wurden, welche dann Veränderungen in anderen Bereichen bzw. Systemen nach sich zogen.

Die positive Veränderung der allgemeinen Selbstwirksamkeit schlug, wenn auch nur moderat, auf die *Bedrohungseinschätzung* der Teilnehmer durch. Die EFHLU-Probanden fühlten sich bereits zu Kursbeginn etwas weniger bedroht als die Normstichprobe. Nach dem Kurs hatten sich die Bedrohungseinschätzungen der Teilnehmer in der Größenordnung eines mittleren Effekts weiter verringert. Die Differenz der Trainingsgruppe zur Kontrollgruppe entsprach jedoch mit $d = .15$ nicht einmal einem kleinen Effekt und war, wie schon bei der positiven Kompetenzerwartung, nicht signifikant.

Als weitere kognitive Ressource wurde die *proaktive Einstellung* durch den Kurs gefördert. Die Kursteilnehmer hatten vor dem Kurs ungefähr die gleiche Ausprägung der proaktiven Einstellung wie zwei große Lehrer-Stichproben von Schwarzer & Jerusalem (1999), lagen also im Normbereich. Es wurden auch hier durch den Kurs nur kleine Effekte erzielt, die wiederum aufgrund der Stichprobengröße nicht signifikant wurden.

Die Ergebnisse zur proaktiven Einstellung und der Bedrohungseinschätzung sind ein Hinweis darauf, dass sie nicht gezielt, sondern eher „nebenbei“ im Kurs thematisiert wurden. Mit einer veränderten Fragestellung und einem anderen Kurs-Manual könnten andere Wirkungen erzielt werden. Wären die Probanden keine Studierenden, sondern z.B. burnoutgefährdete oder bereits symptombelastete Pflegekräfte, welche als *Klienten* die systemisch-lösungsorientierte Beratung in Anspruch nehmen, wären wahrscheinlich höhere Effekte auf Einstellungsvariablen wie die allgemeine Selbstwirksamkeit oder proaktive Einstellung zu erwarten. Im Rahmen dieser Studie ging es jedoch darum, den Studierenden der EFHLLU ein professionelles Werkzeug an die Hand zu geben. So wurde im Kurs die meiste Zeit darauf verwandt, praktische Gesprächsführung zu trainieren, was in den großen Effekten auf der Ebene der Beratungskompetenz erkennbar wird. Die neue erworbene Kompetenz, Gespräche lösungsorientiert zu gestalten und dadurch Stress zu reduzieren, wirkte sich, wenn auch nur indirekt, auf die allgemeine Selbstwirksamkeit aus. Von daher sind die Effekte auf die Selbstwirksamkeit kleiner als auf der Verhaltensebene. Würde man ein Instrument „Berater-Selbstwirksamkeit“ konstruieren, wären die Effekte sicherlich größer.

Im Bereich *Wissen* fallen die Ergebnisse deshalb so deutlich aus, weil genau die Sachverhalte abgeprüft wurden, welche im Kurs thematisiert wurden. Der Wissens-Test besitzt also in Bezug auf den Kurs eine hohe inhaltliche Validität. Bei den eher weichen Konstrukten „allgemeine Selbstwirksamkeit“, „proaktive Einstellung“ und „Bedrohungseinschätzungen“ konnte nicht so gezielt Einfluss genommen werden wie bei der Beratungskompetenz und beim Wissen. Die Selbstwirksamkeit wurde offensichtlich stärker beeinflusst, wodurch die gestärkten oder neu erworbenen Kompetenzen zum Ausdruck kommen. Wollte man in Zukunft stärkere Effekte auf die kognitiven Variablen erzielen, so müsste man verstärkt kognitive Methoden und Techniken im Training anwenden (z.B. nach Meichenbaum, 2003). Hierdurch bliebe dann allerdings weniger Zeit für das Einüben der Gesprächsführung.

10.1.3 Transferebene

Obwohl in vorliegender Evaluationsstudie der Schwerpunkt auf der Ebene des Lernerfolgs und hier auf der Beratungskompetenz lag, sind die postulierten Effekte auf Stress und Burnout erst mit einer Umsetzung des Gelernten in den Alltag zu erwarten. Bezüglich des Transfers sollten zwei Haupt-Fragen beantwortet werden:

1. Gelang der Transfer in den beruflichen und privaten Alltag?

Mit 1. verbanden sich drei untergeordnete Fragen:

- a) Verbesserte sich die Kommunikation der Kursteilnehmer?
- b) Konnten die Teilnehmer das lösungsorientierte Selbstmanagement anwenden?
- c) Brachte der Kurs einen subjektiv eingeschätzten gesundheitlichen Nutzen?

2. Waren die Trainingseffekte stabil?

Da die Auswertung von 1. mittels des eigens erstellten Transferfragebogens (siehe Abschnitt 8.8.6) nur deskriptiv erfolgte, konnten keine Effektstärken oder Signifikanzen berechnet werden. Insofern kann die Beantwortung der ersten Frage zum Transfer nur einen Trend anzeigen. Auf einer Skala mit (1)*trifft nicht zu*, (2)*trifft kaum zu*, (3)*trifft eher zu* und (4)*trifft genau zu* befand sich der Mittelwert bei 2.29, also zwischen *trifft kaum zu* und *trifft eher zu*. Es wurde ein cut-off-Wert bei 2 festgelegt, höhere Werte sollten einen Transfer anzeigen. Demnach scheint ein Transfer stattgefunden zu haben, wenn auch mit Vorbehalten. Die *Verbesserung der Kommunikation* (Mittelwert 2.15), das *lösungsorientierte Selbstmanagement* (Mittelwert 2.41) und der *subjektiv eingeschätzte gesundheitliche Nutzen* (Mittelwert 2.41) erreichten ebenfalls moderate, aber substantielle Werte. Höhere Ergebnisse wären vielleicht mit begleitenden oder follow-up-Maßnahmen zu erreichen gewesen.

Die eher zurückhaltende Beurteilung des Transfers könnte daran liegen, dass es den Kursteilnehmern als Studierende, die lediglich einem Nebenjob in der Pflege nachgingen, an Möglichkeiten fehlte, die systemisch-lösungsorientierte Gesprächsführung einzusetzen. In Anbetracht der Tatsache, dass sich nur um eine Einführungsveranstaltung handelte, sollte auch schon ein geringer Transfer, wie er von den Teilnehmern gesehen wurde, als Erfolg gewertet werden. Schon die Tatsache, dass bei der geringen Kursdauer und der Vielfalt der Inhalte kein Null-Transfer stattgefunden hat, kann als Beleg dafür gesehen werden, dass der systemisch-lösungsorientierte Ansatz mit den bisherigen Coping-Strategien der Probanden kompatibel ist. Dies entspricht der Philosophie des Ansatzes, nämlich etwas zu dem hinzuzufügen, was bereits gut funktioniert, anstatt etwas gänzlich Neues vorzuschlagen (Bamberger, 2001; Radatz, 2000). Bei zukünftigen Kursen sollte die Transferproblematik verstärkte Beachtung finden, da sich die präventiven Effekte in Bezug auf Stress und Burnout erst in der alltäglichen Anwendung entfalten können.

Bei der Beantwortung der 2. Frage wurden die Ergebnisse der Nachbefragung für die kognitiven Variablen *allgemeine Selbstwirksamkeit*, *proaktive Einstellung*, *Bedrohungseinschätzung* und die *interpersonellen Probleme* herangezogen. So gab es für diese Variablen jeweils drei Messungen. Von der

Post-Messung zum Katamnese-Zeitpunkt fiel die *allgemeine Selbstwirksamkeit* zwar ab, jedoch nicht signifikant und nicht zum Ausgangsniveau. Die *Bedrohungseinschätzung* und die *interpersonellen Probleme* stiegen nach Kursende wieder an, jedoch ebenfalls nicht bis zum Ausgangswert. So konnte von einer (relativen) Stabilität der Kurseffekte ausgegangen werden. Von einer gänzlichen Stabilität war nicht auszugehen, zumal es keine Veranstaltung zur Sicherung des Transfers gab. Es kann aber festgehalten werden, dass es durch den Kurs zu *bleibenden* Effekten kam. Die proaktive Einstellung hatte zum Katamnese-Zeitpunkt einen noch höheren Wert als zum Posttest. Somit blieb der Effekt nicht nur stabil, sondern setzte sich nach Beendigung des Kurses fort. Man könnte über kursfremde Ereignisse spekulieren, dies ist jedoch eher unwahrscheinlich, denn in diesem Fall wären die allgemeine Selbstwirksamkeit und die Bedrohungseinschätzung vermutlich ebenfalls weiter angestiegen. Offenbar hat sich die aktive, vorausplanende Herangehensweise, welche durch die proaktive Einstellung gemeint ist, erst allmählich entwickelt. Es könnte sich dabei um rein kognitive Prozesse handeln, wahrscheinlich wurde die proaktive Einstellung aber durch den Erfolg konkreter Verhaltensweisen, wie sie in dem Item „Ich nehme mir Zeit, um über langfristige Ziele für mich selbst nachzudenken“ zum Ausdruck kommen, operant verstärkt.

10.2 Möglichkeiten und Grenzen des Evaluationsdesigns

Zum Schluss der Diskussion sollen einige kritische Anmerkungen zum Untersuchungsdesign gemacht werden. Ein Mangel der Integrität des Designs ist, dass es keine randomisierte Zuweisung der Probanden zu Trainingsgruppe (TG) oder Kontrollgruppe (KG) gab. Dies war aus praktischen Gründen nicht möglich (siehe Abschnitt 8.2). Daneben war die KG mit 11 Probanden zu klein, so dass für verschiedene Kontrollgruppenvergleiche keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden konnten, obwohl es deutliche Effekte gab. Außerdem gab es weitere potentielle Störquellen. Bei Trochim (2001) werden diese als *Hauptgefahren für die interne Validität* erörtert. Hier sollen nun diejenigen diskutiert werden, die eine ernsthafte Gefahr für die vorliegende Untersuchung darstellen und somit zu berücksichtigen waren:

- a) Zwischenzeitliche Ereignisse (z.B. andere Kurse im Untersuchungszeitraum)
- b) Selektionseffekte (Vortestunterschiede zwischen TG und KG)
- c) Testeffekte (z.B. Wiederholungs- oder Übungseffekte beim Posttest)
- d) Herausfallen von Probanden aus der Untersuchung vor dem Posttest
- e) Sozial bedingte Störfaktoren

- Kompensatorische Maßnahmen für die KG
- Imitation des Treatments (durch die KG)

(zur Erklärung der Begriffe siehe Trochim, 2001).

- a) Um die Effekte gegen *zwischenzeitliche Ereignisse* abzusichern, wie z.B. andere im gleichen Zeitraum stattfindende Weiterbildungen und Kurse, wurde in einem zweiten Schritt zum Messzeitpunkt (MZP) II ein Kontrollgruppenvergleich durchgeführt. Die Vortest-Ergebnisse der TG wurden mit denen der Wartekontrollgruppe verglichen. Hier sollte sich ein Effekt in Form eines Mittelwertsunterschieds zwischen der noch untrainierten KG und der TG zeigen. Sollten bei einzelnen Probanden andere Faktoren als der Kurs für eine Veränderung der gemessenen Variablen verantwortlich sein, z.B. private oder berufliche Veränderungen (und so systematische Fehlervarianz produzieren), sollten sich negative und positive Effekte über alle Probanden hinweg ausgleichen. Sind solche Effekte bei *allen* Teilnehmern wirksam, so sind sie *auch* bei der KG wirksam und die Werte der TG sollten nach dem Kurs nicht erheblich besser sein als die Werte der KG vor dem Kurs. Dies wurde bei der Darstellung der Ergebnisse in Kap. 9 berücksichtigt.
- b) *Selektionseffekte* sind üblicherweise der Hauptgrund für Unsicherheit bezüglich der Wirkung von Intervention (Trochim, 2001). Das in dieser Untersuchung gewählte Design ist relativ robust gegen die Gefahr von Selektionseffekten. Im Fall der vorliegenden Studie können sich die Teilnehmer bereits vor dem Kurs in Variablen unterscheiden, die den Kurserfolg maßgeblich beeinflussen. Streng genommen ist die Gleichheit der Gruppen jedoch auch bei Randomisierung nicht garantiert, da erst im Nachhinein festgestellt werden kann ob die Randomisierung tatsächlich gelungen ist. Nur eine Parallelisierung mit anschließender Randomisierung garantiert die Vergleichbarkeit der Gruppen (Jacobs, 1998). Es ist ein Selektionseffekt möglich z.B. in der Form, dass sich in der TG die „besseren“ (z.B. im Sinne von motivierteren) Probanden befinden. In dem Fall sollte die KG zum MZP III jedoch schlechter abschneiden als die TG zum MZP II, also weniger vom Kurs profitieren. Ist dies nicht der Fall, kann dies als Hinweis gesehen werden, dass die gefundenen Effekte dem Kurs zuzuschreiben sind. Ergeben sich Vortestunterschiede in der umgekehrten Richtung (KG zum Prätest besser als TG), eliminieren diese zwar im Extremfall die Gruppenunterschiede. Ergeben sich aber trotzdem Effekte, ist die Integrität des Designs nicht in Frage gestellt. Selektionseffekte müssen deshalb ausgeschlossen werden, um eine Aussage darüber zu treffen, ob die Effekte dem Kurs zuzuschreiben sind. Dies erfolgte jeweils bei der Darstellung der Ergebnisse in (Kap. 9).

- c) Es musste beim Kontrollgruppenvergleich mit einem *Wiederholungs-* bzw. *Übungseffekt* gerechnet werden, da zum Messzeitpunkt 2 die KG zum ersten Mal, die TG aber zum zweiten Mal getestet wird. Die standardisierten Fragebögen (allg. Selbstwirksamkeit, Bedrohungseinschätzungen, proaktive Einstellung und IIP-C) eignen sich für eine Wiederholungsmessung, so dass Veränderungen der Messwerte nicht als Fehler-, sondern als Treatmentvarianz aufgefasst werden können. Auf der Wissens- und Verhaltensebene war am ehesten mit Wiederholungseffekten zu rechnen. Jedoch sind solche Effekte nicht spezifisch auf die Inhalte des Kurses, also auf systemisch-lösungsorientierte Theoriegrundlagen und Anwendungswissen bezogen, sondern eher allgemein auf die Testsituation, z.B. eine Vertrautheit mit den Rollenspielen oder der Art der Fragen. Um die Wahrscheinlichkeit, dass nur ein Wiederholungseffekt vorliegt, zu verkleinern, sollte die TG zum MZP II also erheblich besser abschneiden als die KG. Entsprechendes wurde bei der Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die zu testenden Hypothesen berücksichtigt.
- d) Das Herausfallen von Versuchspersonen, auch als *Experimentelle Einbußen* oder *Mortality* bezeichnet (Trochim, 2001), sollte bei der TG und KG in etwa gleich ausgeprägt sein. Ist dies aufgrund von Selektionseffekten nicht der Fall, greift hier die Argumentation aus (3). *Mortality* ist auch *innerhalb* von TG und KG möglich. Falls hier Probanden systematisch herausfallen, beeinflusst dies das Posttest-Ergebnis der jeweiligen Gruppe. Dies ist z.B. der Fall, wenn die „schwächeren“ oder „unmotivierteren“ etc. Probanden ausscheiden und es zu einer Interaktion zwischen relevanten Merkmalen der ausgeschiedenen und verbliebenen Probanden einerseits und dem Treatment andererseits kommt. Dies ließ sich jedoch durch einen Prätest-Vergleich zumindest für die erfassten Variablen kontrollieren.
- e) Die *sozial bedingten Störfaktoren*, die z.B. durch Informationsaustausch zwischen TG und KG wirksam werden, spielen bei dem vorliegenden Design eine gewisse Rolle, da der Prätest der KG zum Zeitpunkt des Posttests der TG stattfand, also zum Messzeitpunkt (MZP) II. Das Untersuchungsdesign (siehe Abschnitt 8.2) sah für die TG und für die KG einen Prätest, einen Posttest und eine Katamnese vor. Da die KG jedoch in Form einer Wartekontrollgruppe realisiert wurde, fehlte ein weiterer Test der KG zum MZP I, um für beide Gruppen eine Baseline-Messung zu haben. Dadurch hätte sich das Treatment vor dem eigentlichen Kursbeginn der KG auf diese „ausbreiten“ können, indem z.B. Kursteilnehmer der TG ihren Kommilitonen der KG Inhalte und Methoden des Kurses mitteilen oder das Kursmanual bereits vor dem Prätest zugänglich machen. Es wurde darauf hingewiesen, dies nicht zu tun, konnte jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ein *Imitieren*

des Treatments ist jedoch angesichts der komplexen Lerninhalte nahezu ausgeschlossen. Durch Vorabinformationen hätten sich zumindest für den Wissenstest Vortestunterschiede zugunsten der KG ergeben können. Die KG hatte tatsächlich einen etwas höheren Prätest-Mittelwert als die TG, jedoch war die Differenz nicht signifikant. Dies hat allerdings die gefundenen Effekte nicht eliminiert, denn es ergaben sich dennoch sehr deutliche und signifikante Mittelwertsunterschiede für den Kontrollgruppenvergleich. *Kompensatorische Maßnahmen für die KG* wurden nicht ergriffen, da die Probanden der KG ebenfalls am Kurs teilnahmen, wenn auch nach einer Wartezeit.

Zusammenfassend ist die entscheidende Frage, welche Aussagen sich mit dem vorliegenden Design treffen lassen. Wie alle quasiexperimentellen Designs erlaubt es keine kausalen Schlüsse. Es konnte für jeden Probanden die intrasubjektive Veränderung bestimmt sowie auf Gruppenebene die Größe eines Mittelwertsunterschiedes ermittelt und dieser statistisch auf Signifikanz geprüft werden. Die meisten gefundenen Effekte konnten dem Kurs zugeschrieben werden, da alternative Erklärungen systematisch ausgeschlossen wurden oder die Trainingseffekte so spezifisch und so groß waren, dass sie nicht durch Ereignisse außerhalb des Kurses hätten hervorgerufen werden können. Mit dem beschriebenen Kontrollgruppen-Design konnten die meisten Gefährdungen der internen Validität ausgeschaltet bzw. kontrolliert werden.

10.3 Fazit

Gemäß des ersten Teilziels der vorliegenden Arbeit wurde mit der systemisch-lösungsorientierten Beratung eine geeignete Maßnahme zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen ausgewählt. Es wurden verschiedene *Handlungs- und kognitiven Kompetenzen* als interne Ressourcen mit erwiesener Effektivität in Bezug auf die Prävention von Stress und Burnout identifiziert, mit deren Hilfe die Teilnehmer alltägliche Anforderungen besser bewältigen sollten. Im Kurs wurde systemische Beratungskompetenz, Selbstmanagement und die systemisch-lösungsorientierten Haltungen bzw. Einstellungen sowie die kognitiven Ressourcen *Wissen, allgemeine Selbstwirksamkeit* und *proaktive Einstellung* vermittelt.

Das zweite Teilziel der Arbeit, die inhaltliche Validierung des Kursmanuals, wurde fast gänzlich erreicht. Die Effektivität des Kurses wurde anhand der ersten drei Ebenen des Trainingsevaluations-Modells von Kirkpatrick (1998) überprüft. Die Teilnehmer waren mit dem Kurs zufrieden und es ergaben sich substantielle Veränderungen in den Ressourcenvariablen. Die Inhalte des Kurses konnten gut im Alltag umgesetzt werden. Damit wurde das primäre Ziel des

Kurses, nämlich einen Beitrag zur Qualifizierung in Pflegeberufen zu leisten, gut umgesetzt. Es sollten, im Hinblick auf Stress- und Burnout-Prävention, interne Ressourcen der Teilnehmer als Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger, zukünftige Pflegepädagogen und Pflegemanager sowie Studierende dieser Fachrichtungen gestärkt werden, welche als Moderatoren im Stressprozess wirksam sind. Geht man davon aus, dass im Sinne der in Kapitel 4 dargestellten Ressourcentheorie von Becker (z.B. 2004, 2006) Anforderungen besser bewältigt und Bedürfnisse besser befriedigt werden, sollten sich die stressverursachenden Arbeitsbedingungen nicht mehr so stark auswirken können. Dies ist auch mit der Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll (1989) zu erklären, wonach sich negative Ressourcenverlustspiralen reduzieren und positive Ressourcengewinnspiralen leichter initiieren ließen. Dies wurde von den Probanden in der Transferbefragung bestätigt. Auch über das subjektive Empfinden der Teilnehmer hinaus ist eine stressreduzierende Wirkung des Kurses, zu erwarten. In der Terminologie Antonovskys wären die Teilnehmer dann auf dem Kontinuum Krankheit/Gesundheit mehr auf der Seite der Gesundheit als vor dem Kurs.

Die Evaluation des Kurses erbrachte vor allem auf der Verhaltensebene große bis sehr große Effekte. Damit kann der Kurs „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ als sehr effektiv in Bezug auf die Stärkung der Ressource *Beratungskompetenz* bezeichnet werden. In kürzester Zeit, das heißt nur zehn Trainingsstunden, waren die Teilnehmer in der Lage, ein lösungsorientiertes Gespräch mit den dazugehörigen Interventionen, vor allem lösungsorientierte Fragen, zu führen. Neben der reinen Gesprächstechnik sind die eher „weichen“ Kriterien *kooperative Beziehungsgestaltung* und *globale Lösungsorientierung* hervorzuheben. Diese sprechen dafür, dass die Teilnehmer neben der reinen Demonstration der Techniken auch Haltungen bzw. Einstellungen der systemisch-lösungsorientierten Beratung übernahmen. Dies wurde von den objektiven Beurteilern sowie mit Einschränkungen von den Rollenspiel-Gesprächspartnern bestätigt. Dies scheint sich positiv auf die alltägliche Kommunikation und den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand auszuwirken. Auch die kognitiven Ressourcen *Wissen*, *allgemeine Selbstwirksamkeit* und *proaktive Einstellung* wurden erfolgreich gefördert, jedoch waren die Effekte, vom Wissenszuwachs abgesehen, eher bescheiden. Die Wirkungen auf die kognitiven Variablen und die interpersonellen Probleme blieben über ein halbes Jahr lang relativ stabil, was doch zeigt, dass sich die Förderung dieser spezifischen Ressourcen gegen Stress und Burnout lohnt. Ansätze von Transfer wurden erkennbar, denn auch wenn die Probanden als Studierende nicht in vollem Umfang einer Pflegetätigkeit nachgehen, wenden sie die Techniken bereits im Alltag an. Das Kursmanual ist als *effektiv* und im Zusammenhang mit der nur zehnstündigen Dauer des Kurses als *effizient* zu bewerten.

Im Hinblick auf die Erreichung des dritten Teilzieles dieser Arbeit können nun auf einer soliden Datengrundlage Empfehlungen für die Gestaltung zukünftiger Präventionsmaßnahmen gegen Stress und Burnout gegeben werden. Es wurden bei der Evaluation des Kurses „Einführung in die systemisch-lösungsorientierten Beratung“ die Stärken des Beratungsansatzes deutlich, allem voran die leichte Erlernbarkeit und universelle Einsetzbarkeit für Beratung und Selbstmanagement. Es wurden aber auch Limitationen deutlich, so hatte der Kurs mit Schwerpunkt auf der Beratungskompetenz eher moderate Effekte auf eher „weiche“ psychologischen Kriterien. Hier wäre in Zukunft zu versuchen, die psychologischen Ressourcenvariablen (z.B. allgemeine Selbstwirksamkeit oder proaktive Einstellung) direkter zu beeinflussen.

10.4 Ausblick

Die vorliegende Evaluationsstudie konnte zeigen, dass es in nur zehn Kursstunden möglich ist, wesentliche interne Ressourcen zu mobilisieren und zu fördern, welche für die Prävention von Stress und Burnout wesentlich sind. Das Trainingsmanual ist geeignet, diese Ressourcen zu stärken. Hierbei wurde der Ansatz einer Stressprävention durch Förderung interner Ressourcen verfolgt. Die Zielsetzung der Arbeit, nämlich eindeutige Effektivitätsnachweise des Kurses auf die entsprechenden Ressourcen, wurde im Wesentlichen erfüllt.

Mit Ausnahme der sozialen Unterstützung, die jedoch nicht explizit im Kurs thematisiert wurde, konnten externe Ressourcen nicht berücksichtigt werden. Wünschenswert wäre eine diesbezügliche Revision des Trainingsmanuals. Ebenso sollten neuere Erkenntnisse zum Zusammenhang von Gesundheit und Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse Berücksichtigung finden (Becker, 2006). Diese Grundbedürfnisse hängen inhaltlich eng mit entsprechenden Ressourcen zusammen, wobei ein befriedigtes Bedürfnis als Ressource wirksam ist. Insbesondere sollten die Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung und *Bindungsbedürfnis*, Autonomie und *Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle*, Selbstwirksamkeit und *Bedürfnis nach Selbstwert-erhöhung und Selbstwertschutz* sowie gutem Betriebsklima und *Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung* erforscht werden. Damit könnte unter Umständen eine Integration der gesundheitspsychologischen und der klinischen, auf die Analyse psychologischer Beanspruchungsfaktoren ausgerichteten Stressforschung erreicht werden. Präventionsmaßnahmen berücksichtigen zu- meist implizit eines oder mehrere der genannten Bedürfnisse. Forschungsbedarf besteht in der Untersuchung der Effektivität eines ressourcenorientierten Präventionsansatzes mit expliziter Ausrichtung an psychologischen Grundbedürfnissen. Besonders interessant wäre die Erprobung dieses revidierten Manuals bei Pflegekräften, die bereits unter Stress- oder Burnout-

Symptomen leiden im Sinne einer Sekundär- oder gar Tertiärprävention. Wichtig wäre dann die möglichst objektive Erhebung von Beanspruchungs- und Gesundheitsvariablen, um diese mit den Ressourcenvariablen in Beziehung zu setzen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stellen eine wesentliche Grundlage für das Forschungsvorhaben „Evidenzbasierte ressourcen- und bedürfnisorientierte Prävention von Stress und Burnout“ dar. Hierfür finden derzeit Vorbereitungen für eine Beantragung einer Förderung im Rahmen einer Forschergruppe bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft statt. Die im Rahmen dieser Arbeit gewonnen Daten über die Wirksamkeit einer ressourcenorientierten Prävention haben hierbei eine richtungweisende Funktion für die inhaltliche Ausgestaltung weiterer Maßnahmen im Bereich der Prävention von Stress und Burnout. Da für die Teilnehmer solcher Präventionsmaßnahmen ein niedrigeres Risiko für physische und psychische Krankheiten zu erwarten ist, sollen die längerfristigen gesundheitlichen Wirkungen untersucht werden. Hier sind die negativen Auswirkungen der spezifischen Arbeitsbelastung in der Pflege wie die in Kapitel 3 beschriebenen subjektive Befindlichkeitsdaten, aber auch objektive Daten über die Häufigkeit und Dauer von Krankmeldungen oder Mitarbeiter-Fluktuation zu erheben. Der Schwerpunkt der geplanten Evaluationsstudie liegt somit nicht auf der inhaltlichen Validierung einer Maßnahme, sondern in einer längsschnittlichen Betrachtung des gesundheitlichen Nutzens.

TEIL V: LITERATURVERZEICHNIS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alliger, G. M. & Tannenbaum, S. I. (1997). A meta-analysis of the relations among training criteria. *Personnel Psychology* (50), 341-358.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco.
- Badura, B. (1990). Interaktionsstreß. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. *Zeitschrift für Soziologie*, 19, 317-328.
- Bamberg, E., Mohr, G. & Steinmetz, B. (o.J.). *Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung*. [Manuskript Ergänzung zur Vorlesung "Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung"] Verfügbar unter: www.uni-hamburg.de [2006, 15.02.06].
- Bamberger, G. G. (2001). *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: PVU.
- Barthelme, G., Garms-Homolová, V. & Polak, U. (1999). Belastungen in der ambulanten Pflege. In R. Schmidt, H. Entzian, K.-I. Giercke & T. Klie (Hrsg.), *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege* (S. 235-243). Frankfurt/M.: Mabuse.
- Bausch-Weis, G. (2004). *Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung. Abschlussbericht des Modellprojekts zur "Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege"*. Mönchengladbach: Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004a). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit. Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004b). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Längsschnittstudie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 258-271.
- Becker, W. (1998). Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 27 (5), 35-41.
- Becker, W. & Meifort, B. (1994). *Pflegen als Beruf: ein Berufsfeld in der Entwicklung; Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikationen, berufliche Anforderungen; eine Praxisanalyse*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. (Band 6). Köln: BZgA.
- Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. (S. 138-152). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

- Berger, J. & Nolting, H.-D. (2003). *BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK).
- Bliesener, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.). (1994). *Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings*. Opladen: Westdt. Verlag.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verl.
- Brucks, U. (1999). Gefühlsarbeit - Versuch einer Begriffsklärung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 182-186.
- Bruggemann, A. (1976). Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen der Arbeitszufriedenheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 30 (71-74).
- Buchwald, P. (2004). *Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen; Bern [u.a.]: Hogrefe.
- Buchwald, P., Schwarzer, C. & Hobfoll, S. E. (Hrsg.). (2004). *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2005). *SPSS 12: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Pearson Studium.
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17.
- Bunce, D. & West, M. A. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49, 209-232.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2005, 22.09.2005). *Psychische Fehlbelastung / Stress*. [Online-Dokument] Verfügbar unter: <http://www.baua.de> [2006, 24.03.].
- Büssing, A. (1992). *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Büssing, A. (1992b). A dynamic view of job satisfaction in psychiatric nurses in Germany. *Work & Stress*, 6, 239-259.
- Büssing, A. (1999). Psychopathologie der Arbeit. In C. Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 200-211). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Büssing, A. (Hrsg.). (2003). *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Büssing, A., Barkhausen, M., Glaser, J. & Schmitt, S. (1997). *Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse im Längsschnitt* (Bericht Nr. 37 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.

- Büssing, A., Eisenhofer, J., Glaser, J., Natour, N. & Theis, U. (1995). *Psychischer Streß und Burnout in der Krankenpflege: Untersuchungen zum Einfluß von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen* (Bericht Nr. 21 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A., Giesenbauer, B., Glaser, J. & Höge, T. (2000). *Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen. Eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Büssing, A., Giesenbauer, B., Glaser, J. & Höge, T. (2001). *Arbeitsbedingungen, Interaktionsarbeit und Qualität der Arbeit in der stationären Altenpflege. Methodenentwicklung und Ergebnisse einer Pilotstudie* (Bericht Nr. 58 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1999a). Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). In H. Dunckel (Hrsg.), *Psychologische Arbeitsanalyseverfahren* (S. 465-494). Zürich: vdf.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1999b). Interaktionsarbeit. Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 164-173.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (S. 111-150). Bern: Huber.
- Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (1999). *Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich. Entwicklung eines Screeningverfahrens für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus*. (Bericht Nr. 49 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2002a). *Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S): Handbuch zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im stationären Pflegebereich*. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss.
- Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2003). *Psychische Belastung und Beanspruchung in der ambulanten und stationären Pflege* (Bericht Nr. 69 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A., Höge, T., Glaser, J. & Heinz, E. (2002b). *Erfassen psychischer und physischer Belastungen in der ambulanten Pflege. Entwicklung und Validierung eines Belastungsscreening* (Bericht Nr. 21 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- de Shazer, S. (2006). *Der Dreh: überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. (9. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. Kernis (Hrsg.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (S. 31-49). New York: Plenum.
- Demerouti, E. & Nachreiner, F. (1996). Reliabilität und Validität des Maslach Burnout Inventory (MBI): eine kritische Betrachtung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 50 (22NF), 32-38.

- DIN. (2000). *DIN EN ISO 10075-1, 2000: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe*. Berlin: Beuth.
- Dollard, M. F., Dormann, C., Boyd, C. M., Winefield, R. & Winefield, A. H. (2003). Unique Aspects of Stress in Human Service Work. *Australian Psychologist*, 38 (2), 84-91.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2002). Social stressors at work, irritation, and depression: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75 (33-58).
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36 (4), 184-189.
- Dunckel, H. & Semmer, N. (1987). Stressbezogene Arbeitsanalyse: Ein Instrument zur Abschätzung von Belastungsschwerpunkten in Industriebetrieben. In K. H. Sonntag (Hrsg.), *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung* (S. 163-177). Köln: Wirtschaftsverlag Bachem.
- Elke, G. (2004). Rezension des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus - Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S) von André Büssing und Jürgen Glaser. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48 (3), 148-153.
- Engelkamp, G. (2001). *Beanspruchung und Belastung der Altenpflege bereits im Ausbildungsstadium? Eine prospektive Studie mit Altenpflegeschülerinnen und -schülern*. Unveröffentlichte Dissertation, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Farrelly, F. & Brandsma, J. M. (2005). *Provokative Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Faul, F. & Erdfelder, E. (1992). *GPOWER: A priori, post-hoc and compromise power analyses for MS-DOS*. Bonn: Bonn University.
- Frieling. (1999). *Lehrbuch Arbeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Fries, A. & Grawe, K. (2006). Inkonsistenz und psychische Gesundheit: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (2), 133-148.
- Fröhlich, W. D. (2003). *Wörterbuch Psychologie*. [Digitale Bibliothek] Verfügbar unter: <http://www-fr.redi-bw.de> [2005, 17.05.2005].
- Gamsjäger, E. & Sauer, J. (1996). Burnout bei Lehrern: Eine empirische Untersuchung bei 83 Hauptschullehrern in Österreich. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 43 (1), 40-56.
- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2005). *Psychische Belastung: Analyse, Bewertung und Gestaltung sicherheits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in der stationären Altenpflege. Zwischenbericht zur Vorlage an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (Bericht Nr. 80 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.

- Grabbe, Y., Nolting, H.-D. & Loos, S. (2005). *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege*. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) und Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Grandke, S. (1998). *Schlüsselqualifikationen in neuen Organisationsformen: ein Kriterienkatalog für die Praxis*. Berlin, Wien, Zürich: Beuth.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen ; Bern [u.a.]: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel : von der Konfession zur Profession*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Verlag für Psychologie - Hogrefe.
- Grossarth-Maticsek, R. & Stierlin, H. (1998). *Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Gülpen, B. (1996). *Evaluation betrieblicher Verhaltenstrainings unter besonderer Berücksichtigung des Nutzens*. München und Mehring: Hampp.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern ; Göttingen [u.a.]: Huber.
- Hacker, W. (1999). Regulation und Struktur von Arbeitstätigkeiten. In C. G. Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 385-397).
- Hacker, W., Volpert, W. & von Cranach, M. (1982). *Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung*. Bern: Huber.
- Hasselhorn, M. & Hager, W. (1998). Kognitives Training. In D. H. Rost (Hrsg.), *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie* (S. 252-258). Weinheim: Beltz.
- Hiller, W., Leibing, H. & Sulz, K. D. S. (Hrsg.). (2004). *Verhaltenstherapie*. (Band 3). München: CIP Medien.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1998). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. Weinheim: PVU.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hochschild, A. (1983). *The managed Heart. Commercialisation of Human Feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hofmann, A., Keller, K.-J. & Neuhaus, R. (2002). Die Sache mit der psychischen Belastung. Eine praxisnahe Handlungshilfe für Unternehmen. *Leistung und Lohn. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 367/368/369/370 (April 2000).

- Hofmann, F. & Michaelis, M. (1999). Körperliche und psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf: Arbeitsmedizinische Ergebnisse. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Höge, T. (2002). *Arbeitsbelastung, salutogene Persönlichkeit und Beanspruchung. Eine Untersuchung zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf den Stressprozess*. Unveröffentlichte Dissertation, Lehrstuhl für Psychologie, Technische Universität München.
- Holz, M., Zapf, D. & Dormann, C. (2004). Soziale Stressoren in der Arbeitswelt: Kollegen, Vorgesetzte und Kunden. *Arbeit*, 13 (3), 278-291.
- Honermann, H., Müssen, P., Brinkmann, A. & Schiepek, G. (1999). *Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI). Ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung ressourcen- und lösungsorientierten Therapeutenverhaltens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Horowitz, L. M. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme : deutsche Version ; IIP-D*. Göttingen: Beltz.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241, 540-545.
- Hoyer, J. (2000). Optimismus und Gesundheit: Überblick, Kritik und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (3), 111-122.
- Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH. (2004). *AOK- Rheinland Gesundheitsbericht 2003*. Köln: AOK Rheinland.
- Jacobs, B. (1998, 09.3.2000). *Einführung in die Versuchsplanung (Version 1.0)*. Verfügbar unter: <http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/index.htm> [2006, 06.11.].
- Jacobson, E. & Höfler, R. (2002). *Entspannung als Therapie: progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 622-631.
- Jerusalem, M. (2001). Empirisch evaluierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9 (2), 67-83.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus GO. Trainingsprogramm für Jugendliche*.
- Kaluza, G. (1996a). *Gelassen und sicher im Streß. Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.

- Kaluza, G. (1999). Sind die Effekte eines primärpräventiven Streßbewältigungstrainings von Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 (2), 88-95.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kirkpatrick, D. L. (1998). *Evaluating Training Programs. The Four Levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Knobling, C. (1999). *Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213). Bern: Huber.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Hrsg.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (S. 237-250). Washington: Taylor & Francis.
- Leitner, K. (1993). Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 47, 98-107.
- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R. & Volpert, W. (1993). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHLA/VERA-Büro-Verfahren*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Leitner, K. & Volpert, W. (1987). *Analyse psychischer Belastungen in der Arbeit*. Köln: Verlag TÜV Rheinland.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Marmot, M. G., Davey Smith, G. & Stansfeld, S. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387-1393.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.

- Meichenbaum, D. (2003). *Intervention bei Stress: Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern; Göttingen [u.a.]: Huber.
- Middeldorp, C. M., Cath, D. C. & Boomsma, D. I. (2006). A twin-family study of the association between employment, burnout and anxious depression. *Journal of Affective Disorders*, 90 (2-3), 163-169.
- Mittelstaedt, J. (2004). Psychische Belastung im Unternehmen, was nun? *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 180, 13-32.
- Mohr, G. & Semmer, N. (2002). Arbeit und Gesundheit: Kontroversen zu Person und Situation. *Psychologische Rundschau*, 53 (2), 77-84.
- Mücke, K. (2003). *Probleme sind Lösungen: systemische Beratung und Psychotherapie - ein pragmatischer Ansatz. Lehr- und Lernbuch*. Potsdam: ÖkoSysteme-Verlag.
- Neubach, B. & Schmidt, K.-H. (2004). Differenzielle Zusammenhänge von Arbeitsbelastungen und Ressourcen mit Dimensionen des Burnout. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48 (1), 25-30.
- Oesterreich, R., Leitner, K. & Resch, M. (2000b). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Produktionsarbeit. Das Verfahren RHLA/ VERA-Produktion. Manual und Antwortblätter*. Göttingen: Hogrefe.
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (1999). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern, Göttingen usw.: Huber.
- Pichler, M. (2005). Vergiss das Problem! *Wirtschaft & Weiterbildung*, Heft 11-12, 8-16.
- Radatz, S. (2000). *Beratung ohne Ratschlag. Systemisches Coaching für Führungskräfte und BeraterInnen*. Wien: Institut für systemisches Coaching und Training.
- Richter, G. (1997). *Psychische Belastung und Beanspruchung. Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Richter, G. (2001). *Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen*. (1. Aufl.). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Richter, G. & Schatte, M. (2005). *Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen Screening für Arbeitsplatzzinhaber - Weiterentwicklung, Validierung und Software*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung*. Heidelberg: Ansanger.
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38 (4), 193 – 200.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

- Rudow, B. (2000). *Der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Lehrerberuf. Gefährdungsbeurteilung der Arbeit von Lehrerinnen und Lehrern*. Heddesheim/Baden: Süddeutscher Pädagogischer Verlag.
- Sader, M. (1986). *Rollenspiel als Forschungsmethode*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (Hrsg.). (1998). *The burnout companion to study & practice. A critical analysis*.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1997). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. C Göttingen [u.a.]: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2005). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol*, 39, 248-255.
- Schmitt, L. (2005). *Kompetenzabhängiges Belastungserleben in Dienstleistungsberufen: die Entwicklung eines Modells der Zusammenhänge zwischen empfundenen Belastungen und beruflichen Kompetenzen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Mannheim.
- Schmitz, G. S. (2001). Kann Selbstwirksamkeitserwartung Lehrer vor Burnout schützen? Eine Längsschnittstudie in zehn Bundesländern. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 48, 49-67.
- Schmitz, G. S. & Schwarzer, R. (1999). Proaktive Einstellung von Lehrern: Konstruktbeschreibung und psychometrische Analysen. *Empirische Pädagogik*, 13 (1), 3-27.
- Schmitz, G. S. & Schwarzer, R. (2000). Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Längsschnittbefunde mit einem neuen Instrument. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 14 (1), 12-25.
- Schröder, K. E. E. (1997). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (Band 2. überarb. u. erw. Aufl., S. 319-347). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.
- Schwarzer, R. (1998a). Self-Science: ein Trainingsprogramm zur Selbstführung von Lehrern. *Unterrichtswissenschaft*, 26 (2), 158-172.
- Schwarzer, R. (1998b). *Stress and Coping Resources: Theory and Review*. Verfügbar unter: <http://web.fu-berlin.de/gesund/publicat/publist.htm> [13.11.2006].
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs "Selbstwirksame Schulen"- korrigierte Web Version, 2001 -*. Verfügbar unter: <http://web.fu-berlin.de/gesund/brahms/inhaltsverzeichnis.htm>.

- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E. & Fahey, J. L. (1998). Optimism is Associated With Mood, Coping, and Immune Change in Response to Stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1646-1655.
- Selye, H. (1982). History and present status of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Hrsg.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. (S. 7-17). New York: The Free Press.
- Semmer, N. (1997). Stress. In H. Luczak & W. Volpert (Hrsg.), *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag,.
- Semmer, N. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Streßforschung. *Psychologische Rundschau*, 52 (3), 150-158.
- Semmer, N. & Udris, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 157-196). Bern: Huber.
- Semmer, N. K., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur streßbezogenen Tätigkeitsanalyse ISTA. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 179-204). Zürich: VdF Hochschulverlag.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. G. Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 429-445). Weinheim: Beltz.
- Ulich, E. (Hrsg.). (2003). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. (Band 61). Bern: Huber.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie*. Zürich: Vdf, Hochschulverl. an der ETH.
- Van Ments, M. (1998). *Rollenspiel effektiv: Ein Leitfaden für Lehrer, Erzieher, Ausbilder und Gruppenleiter*. München: Oldenbourg.
- Volpert, W. (1982). Das Modell der hierarchisch-sequentiellen Handlungsorganisation. In W. Hacker, W. Volpert & M. von Cranach (Hrsg.), *Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung*. (S. 38-58). Bern: Huber.
- Volpert, W. (1985). *Arbeit und Persönlichkeitsentwicklung aus der Sicht der Handlungsregulationstheorie. IfHA-Berichte*. (10). Berlin: Technische Universität, Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung.
- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III)*. (Band I, S. 1-42). Göttingen: Hogrefe.
- Volpert, W. (1997). Handlungsregulation. In H. Luczak & W. Volpert (Hrsg.), *Handbuch Arbeitswissenschaft*; (S. 453-458). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Wenckel, K. (2000). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen–Auswirkungen–Handlungsmöglichkeiten*. Berlin: Erich Schmidt.
- West, D. J., Horan, J. J. & Games, P. A. (1984). Component analysis of occupational stress modulation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 209-218.
- Wieland, R. & Baggen, R. (1999). *Bewertung und Gestaltung der Arbeit auf der Grundlage Psychophysiologischer Beanspruchungsanalysen*. (Wupertaler Psychologische Berichte, Heft 1, 1999). Wuppertal: Bergische Universität Wuppertal.
- Windel, A. (1998). Entwicklung und Aufbau des Screening-Instruments zur Bewertung und Gestaltung von menschengerechten Arbeitstätigkeiten (SIGMA). In H. v. Benda & D. Bratge (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit* (S. 285-289). Heidelberg: Asanger.
- Wittmann, W. W. (1985). *Evaluationsforschung: Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Heidelberg: Springer.
- Zapf, D. & Dormann, C. (2001). Gesundheit und Arbeitsschutz. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Zapf, D. & Dormann, C. (2004). Gesundheit und Arbeitsschutz. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Zapf, D. & Dormann, C. (2006). Gesundheit und Arbeitsschutz. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zimber, A. (1998). Beanspruchung und Streß in der Altenpflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (6), 417-425.
- Zimber, A. (1999). Arbeitsbelastungen und Beanspruchung in der Altenpflege: Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege* (S. 170-184). Göttingen: Hogrefe.
- Zimber, A. & Weyerer, S. (Hrsg.). (1999). *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

TEIL VI: ANHÄNGE

ANHANG A. ZUFRIEDENHEITSFRAGEBOGEN

Fragen zur Gesamtveranstaltung

Wie zufrieden waren Sie mit der Veranstaltung?

Bitte vergeben Sie Noten (1= sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend) zu folgenden Themen:

Zufriedenheit mit ...

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| • ... der Klarheit der Lehrziele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... der Relevanz der Veranstaltung für das Ausbildungsziel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... der Art und Weise der Stoffvermittlung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... der Arbeitsatmosphäre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... den Rückmeldungen über meine Leistung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... Umsetzbarkeit in meiner täglichen Arbeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... dem Ablauf der praktischen Übungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... meinem Fortschritt in lösungsorientierter Gesprächsführung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... der Vertiefung meines Wissens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... der Struktur und Übersichtlichkeit des Stoffes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... der Auswahl der Inhalte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| • ... meinem Lernerfolg insgesamt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Wissens-Test I (Vorwissen)

Bitte lösen Sie nachfolgende Fragen durch ankreuzen der zutreffenden Alternative(n). Es können mehrere Antworten richtig sein, es können aber auch alle Antwortalternativen falsch sein.

1. Was verstehen Sie unter der „Wunderfrage“?
 - a) Eine Frage, die auf ein besseres Problemverständnis abzielt
 - b) Eine Problemkonstellation, die immer zwischen Eltern und ihren Kindern auftritt
 - c) Die „Wunderfrage“ ist kein Begriff aus der systemisch-lösungsorientierten Beratung
2. Welches sind systemische Begriffe (bitte mit „s“ markieren) und welche eher konstruktivistisch? (bitte mit „k“ markieren)?
 - a) Probleme bestehen aus Mustern, die sich selbst aufrecht erhalten
 - b) Beobachter sind Teil ihrer eigenen Beobachtung
 - c) Verstörungen können Probleme lösen
 - d) Handeln macht immer Sinn für den Handelnden
 - e) Probleme entstehen durch problematische Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen
 - f) Denken in Kreisläufen
3. Steve de Shazer unterscheidet welche Kliententypen?
 - a) Besucher, Klient, Indexpatient
 - b) Patient, Klient, Co-Berater
 - c) Kunde, Besucher, Kläger
 - d) Kunde, Patient, Co-Berater
4. Probleme sind aus systemisch-lösungsorientierter Sicht mit Restriktionen vergleichbar
 - a) richtig
 - b) falsch
5. In der Kurzzeitberatung nach Steve de Shazer ist es nicht notwendig, das Problem des Klienten überhaupt zu kennen
 - a) richtig
 - b) falsch
6. Bestandteil einer systemischen Beratung kann sein
 - a) Die Arbeit mit Metaphern
 - b) Genogramm-Arbeit
 - c) Arbeit mit dem „Inneren Team“
 - d) Botschaften eines Symptoms zu entschlüsseln
7. Aus systemisch-lösungsorientierter Perspektive ist es hilfreich zu erfragen, wem das Problem nützlich ist
 - a) richtig
 - b) falsch

Wissens-Test II

1. Systemisch denken heißt

- a) in Kreisläufen denken
- b) dass der Unterschied zwischen Tatsachen und Problemen in der Bewertung liegt
- c) den Kontext berücksichtigen
- d) dass die Auswirkungen eines Problems wichtiger sind als die Ursachen

2. Die Idee des Konstruktivismus bedeutet, dass

- a) jeder Mensch in seiner eigenen Wirklichkeit lebt
- b) man Probleme nicht kennen muss um sie zu lösen
- c) es keine von vielen Menschen geteilte, also soziale Wirklichkeitskonstruktion geben kann
- d) die Wirklichkeit nicht "wirklich wirklich" ist

3. Die Theorie autonomer Systeme (Autopoiese-Theorie) sagt, dass

- a) Systeme sich selbst neu ordnen und deshalb kein Einfluss von Außen möglich ist
- b) unser Verhalten nicht ausschließlich durch die Systeme bestimmt sind, in denen wir leben
- c) man nicht vorhersagen kann, in welche Richtung sich ein System nach einer Störung entwickeln wird
- d) jeder Mensch für sich eine autonome Einheit bildet

4. Lösungsorientierung

- a) impliziert dass Beratung immer besser ist als keine Beratung
- b) schließt die Beschäftigung mit dem Problem aus
- c) ist eher eine Haltung als eine Technik
- d) heißt, dass Ausnahmen nützlicher sind als hypothetische Lösungen
- e) heißt, dass die Lösung wichtiger als die Schritte auf dem Weg ist

5. Steve de Shazer schlägt vor, bei einem "Besucher"

- a) mögliche Ziele des Besuchers herauszufinden
- b) zunächst so zu tun, als handele es sich um einen Klienten
- c) Komplimente zu machen
- d) vor allem nach Ausnahmen zu fragen

6. Die Kundentypen nach Steve de Shazer

- a) sind wissenschaftlich abgesichert
- b) helfen dem Berater, möglichst ökonomisch mit seinen Ressourcen umzugehen
- c) sind Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung

7. Systemisch-lösungsorientierte Beratung beinhaltet für den Klienten

- a) dass er schon mit einer Vorstellung der Lösung kommen sollte
- b) sich über die Vorteile eines Problems klar zu werden
- c) den Preis der Lösung zu erkennen

ANHANG D. RATINGBOGEN FÜR DAS RATING DER VIDEOSEQUENZEN

Nr	Item	Beschreibung	Habe ich (...) wahrgenommen
1	Problem-Orientierung	<p>Der Klient wird dazu angeleitet, das Problem zu schildern. Der Berater fragt nach dem Problem, seiner Entstehungsgeschichte oder Ursachen. Die Fragen gehen in die Vergangenheit.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Warum denkst du, dass niemand dich leiden kann? ➤ Was könnte die Ursache für dein Verhalten sein? ➤ Unter welchen Bedingungen tritt das Problem auf? 	(4)gar nicht (3)kaum (2)mittelmäßig (1)ziemlich (0)außerordentlich
2	Ratschläge	<p>Der Berater bietet als "Experte" eigene Erklärungen, Vorschläge, Lösungen und Ratschläge an.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ich schlage dir vor, dass ... ➤ Ich würde folgendes machen... ➤ Wäre es eine Möglichkeit, 	(4)gar nicht (3)kaum (2)mittelmäßig (1)ziemlich (0)außerordentlich
3	Auftragsklärung = was in der Beratung passieren soll	<p>Der Berater klärt Auftrag (=Erwartungen des Klienten an den Berater)</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Woran würdest du merken, dass unser Gespräch erfolgreich war? ➤ Was erwartest du von mir? Was soll hier passieren? 	(0)gar nicht (1)kaum (2)mittelmäßig (3)ziemlich (4)außerordentlich
4	Zielklärung = was im Heimatsystem des Klienten (draußen) passieren soll	<p>Alle Interventionen, die den Klienten dazu bringen, sich über seine Ziele klar zu werden und diese zu äußern.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was ist dein Ziel? ➤ Was soll nach der Beratung anders sein? 	(0)gar nicht (1)kaum (2)mittelmäßig (3)ziemlich (4)außerordentlich
5	Unterschiede und Ausnahmen	<p>Der Berater fragt nach Zeiten oder Situationen in denen das Problem nicht da ist (=Ausnahmen) oder nach Unterschieden, die einen „Unterschied machen“ könnten.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie würden Sie sich jetzt auf einer Skala von 1 bis 10 im Gegensatz zum Beginn der Beratung einschätzen? ➤ Wann ist/war das P weniger schlimm? ➤ Was könntest du in der Situation anders machen? 	(0)gar nicht (1)kaum (2)mittelmäßig (3)ziemlich (4)außerordentlich
6	Hypothetische Lösung	<p>Alle Interventionen, die auf eine hypothetische Zukunftsvorstellung abzielen. Der Klient soll sich eine Zukunft vorstellen, in der das Problem nicht mehr da ist.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was würdest du tun, wenn das P verschwunden wäre... ➤ Wunderfrage: angenommen, es würde eines Nachts, während du schläfst, ein Wunder geschehen, und das Problem wäre gelöst: Wie würdest du das merken? 	(0)gar nicht (1)kaum (2)mittelmäßig (3)ziemlich (4)außerordentlich
7	Konkrete Schritte in Richtung Lösung	<p>Der Berater fragt nach konkreten Schritten, oder was der Klient konkret in der Zukunft tun könnte.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Was könnten die nächsten konkreten Schritte sein? ➤ Wie könntest du dich motivieren? 	(0)gar nicht (1)kaum (2)mittelmäßig (3)ziemlich (4)außerordentlich

ANHANG E. FRAGEBOGEN ZUR ZUFRIEDENHEIT MIT DER BERATUNG

Chiffre Berater:

Chiffre Klient:

erster Buchstabe Nachname, dann Geburtsdatum in 6 Ziffern
(Beispiel: **A021069** für Abel, Geb.dat. 02. Oktober 1969)

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zügig. Es geht darum, eine realistische Einschätzung vorzunehmen, also was da war und was nicht da war. Die Antworten werden anonym behandelt!

1. Wir haben meine Schwierigkeiten von vielen Seiten betrachtet

- ☐ () stimmt genau
- ☐ () stimmt etwas
- ☐ () weder noch
- ☐ () stimmt nicht
- ☐ () stimmt überhaupt nicht

2. Der Berater hat oft lobende und anerkennende Bemerkungen gemacht

- ☐ () stimmt genau
- ☐ () stimmt etwas
- ☐ () weder noch
- ☐ () stimmt nicht
- ☐ () stimmt überhaupt nicht

3. Würden Sie einem/r Freund (Freundin) die Beratung empfehlen?

- ☐ () eindeutig nicht
- ☐ () ich glaube nein
- ☐ () ich weiß nicht
- ☐ () ich glaube ja
- ☐ () eindeutig ja

4. Wie würden Sie die Qualität der Beratung, die Sie erhalten haben, beurteilen?

- ☐ () schlecht
- ☐ () weniger gut
- ☐ () weder gut noch schlecht
- ☐ () gut
- ☐ () ausgezeichnet

5. Ich habe eine klare Vorstellung von einer möglichen Lösung bekommen

- ☐ () stimmt genau
- ☐ () stimmt etwas
- ☐ () weder noch
- ☐ () stimmt nicht
- ☐ () stimmt überhaupt nicht

6. Der Berater hat meine bisherigen Lösungsversuche thematisiert

- ☐ () stimmt genau
- ☐ () stimmt etwas
- ☐ () weder noch
- ☐ () stimmt nicht
- ☐ () stimmt überhaupt nicht

7. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welches Sie erhalten haben?

- ☐ () ziemlich unzufrieden
- ☐ () leidlich oder leicht unzufrieden
- ☐ () weder zufrieden noch unzufrieden
- ☐ () weitgehend zufrieden
- ☐ () sehr zufrieden

8. Hat die Beratung die Sie erhielten, Ihnen geholfen?

- ☐ () nein
- ☐ () eher nein
- ☐ () weder noch
- ☐ () ja, sie half etwas
- ☐ () ja, sie half eine Menge

9. Haben Sie die Art der Beratung erhalten, die Sie wollten?

- ☐ () eindeutig nicht
- ☐ () eigentlich nicht
- ☐ () weiß nicht
- ☐ () ich denke ja
- ☐ () eindeutig ja

10. Der Berater hat mir geholfen, auch die positiven Seiten des Problems zu sehen

- ☐ () stimmt genau
- ☐ () stimmt etwas
- ☐ () weder noch
- ☐ () stimmt nicht
- ☐ () stimmt überhaupt nicht

ANHANG F. FRAGEBOGEN ZUR ALLGEMEINEN SELBSTWIRKSAMKEIT,
PROAKTIVEN EINSTELLUNG UND BEDROHUNGSEINSCHÄTZUNG

Chiffre: _____
erster Buchstabe Nachname, dann Geburtsdatum in 6 Ziffern
(Beispiel: **A021069** für Abel, Geb.dat. 02. Oktober 1969)

Die Folgenden Statements betreffen den Umgang mit Problemen. Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft! Es handelt sich nicht um einen Test, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Auswertung erfolgt anonym. Lesen Sie bitte jede Frage oder Feststellung sorgfältig durch und beantworten Sie dann zügig.

Die Zahlen bedeuten:

- (1) Trifft nicht zu
- (2) Trifft kaum zu
- (3) Trifft eher zu
- (4) Trifft genau zu

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.

1 2 3 4

2. Ich befürchte, dass mich die beruflichen Belastungen überfordern.

1 2 3 4

3. Ich nehme mir Zeit, um über langfristige Ziele für mich selbst nachzudenken.

1 2 3 4

4. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.

1 2 3 4

5. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.

1 2 3 4

6. Ich habe oft das Gefühl, programmiert zu werden, anstatt selbst der Programmierer zu sein

1 2 3 4

7. Ich mache mir Sorgen wegen der Probleme, die auf mich zukommen.

1 2 3 4

8. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.

1 2 3 4

9. Mein Leben wird vor allem durch Sachzwänge bestimmt.

1 2 3 4

10. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.

1 2 3 4

11. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

1 2 3 4

12. Ich gehe konstruktiv an meine Probleme heran, auch wenn sie von anderen Menschen oder äußeren Umständen erzeugt worden sind

1 2 3 4

13. Ich bezweifle, dass ich die vor mir liegenden Aufgaben bewältigen kann.

1 2 3 4

14. Ich fühle mich von anderen Leuten bevormundet.

1 2 3 4

15. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.

1 2 3 4

16. Die Schätze der Welt warten nur darauf, dass man sie findet und ausgräbt.

1 2 3 4

17. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.

1 2 3 4

18. Ich warte lieber darauf, bis die Dinge passieren, anstatt selbst die Initiative zu übernehmen.

1 2 3 4

19. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.

1 2 3 4

20. Ich habe die Freiheit, meine Lebensentscheidungen selbst zu treffen.

1 2 3 4

21. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

1 2 3 4

Fragebogen zum Trainingstransfer

Chiffre:

erster Buchstabe Nachname, dann Geburtsdatum in 6 Ziffern
(Beispiel: **A021069** für Abel, Geb.dat. 02. Oktober 1969)

Die folgenden Statements beschreiben inwieweit Sie vom Training profitiert haben. Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft! Es handelt sich nicht um einen Test, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Auswertung erfolgt anonym, d.h. die Ergebnisse werden nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Es interessieren hierbei keine einzelnen Personen. Lesen Sie bitte jede Frage oder Feststellung sorgfältig durch und beantworten Sie dann zügig.

Die Zahlen bedeuten:

(1) Trifft nicht zu (2) Trifft kaum zu (3) Trifft eher zu (4) Trifft genau zu

1. Ich konnte von den Inhalten und Methoden des Trainingsprogramms „Einführung in die systemisch-lösungsorientierte Beratung“ im Alltag gebrauch machen.

Privat 1 2 3 4

Beruflich 1 2 3 4

2. Mir ist die Umsetzung der Inhalte und Methoden im Alltag leicht gefallen.

1 2 3 4

3. Ich habe das Gefühl, dass sich meine sozialen Fähigkeiten verbessert haben.

1 2 3 4

4. Ich denke, dass sich insbesondere meine kommunikativen Fähigkeiten verbessert haben.

1 2 3 4

5. Die Zusammenarbeit mit Schülern, Kollegen, Patienten, Angehörigen, Vorgesetzten oder Ärzten hat sich verbessert.

Schülern	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Frage ungültig
Kollegen	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Frage ungültig
Patienten	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Frage ungültig
Angehörigen	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Frage ungültig
Vorgesetzten	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Frage ungültig
Ärzten	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> Frage ungültig

6. Meine eigenen Probleme konnte ich aufgrund der gelernten Inhalte und Methoden des Trainingsprogramms leichter lösen.

1 2 3 4

7. Konflikte kann ich einfacher lösen.

1 2 3 4

8. Ich glaube, dass die gelernten Inhalte und Methoden Einfluss auf meine berufliche Kompetenz haben.

1 2 3 4

9. Ich habe das Gefühl, dass ich seit dem Trainingsprogramm mit meinen eigenen Ressourcen effizienter umgehe.

1 2 3 4

10. Ich habe das Gefühl, dass ich seit dem Trainingsprogramm weniger unter Stress leide.

1 2 3 4

11. Ich kann mir vorstellen, dass ich aufgrund der Trainingsmaßnahme weniger Burnout gefährdet bin.

1 2 3 4

12. In meinem Leben ergaben sich Veränderungen, die ich auf den Kurs zurückführe.

1 2 3 4

13. Nennen Sie Veränderungen, die der Kurs in Ihrem Leben (beruflich/privat) bewirkt hat.

Trainingsblock I

Begrüßung der Teilnehmer und Vorstellungsrunde

- Der Trainer stellt sich vor. Danach die Gruppe: Namensschilder. **Fragen zu Erwartungen und Befürchtungen (als erste systemische Intervention)** beantworten: Was müsste hier passieren, damit Sie 1. enttäuscht nach Hause gehen oder 2. nach Hause gehen und sagen „das hat mir echt was gebracht“, „die verbrachte Zeit war nützlich?“ Aufschreiben (z.B. Flipchart)

Dann Erwartungen und Befürchtungen Trainer

Regeln:

- Duzen/Siezen
- Pausenregelung
- Der Trainer weist darauf hin, dass jeder für sich selbst verantwortlich ist, dass heißt z.B. auf seine eigene Physiologie achten sollte, z.B. viel Wasser trinken, aufstehen, sich kurz strecken. (Nicht wie in der Schule ein angestrenktes Gesicht machen und dabei von etwas anderem Träumen). Jeder profitiert soviel von dem Training, wie er/sie investiert. Es wird systemisch ausgedrückt eine „Lernumwelt“ bereitgestellt, die jeder nutzen kann, aber nicht muss. Es gibt keine Noten oder Berichte. Alles was hier gesagt wird bleibt hier im Raum. Jeder ist eingeladen, jederzeit Fragen zu stellen, Kommentare abzugeben oder Anregungen zu geben. Alle mit den Regeln einverstanden? Was sollte unbedingt noch besprochen werden?

Überblick über den heutigen Block

- 1) Auftragsklärung/Erwartungen an das Training klären mit Hilfe der aufgeschriebenen
- 2) Überblick auf das gesamte Trainingsprogramm
- 3) Kleine Aufwärmübung
- 4) Theoretische Wurzeln der Systemisch-Lösungsorientierten Beratung

Auftragsklärung: systemische Berater arbeiten nach **Auftrag** und geben keine ungebetenen Ratschläge!! Wenn wir systemisch beraten (oder unterrichten), dann nur, weil ein Beratungskontrakt bzw. Auftrag da und klar ist: was will der Klient mit mir zusammen erreichen, an was will er arbeiten

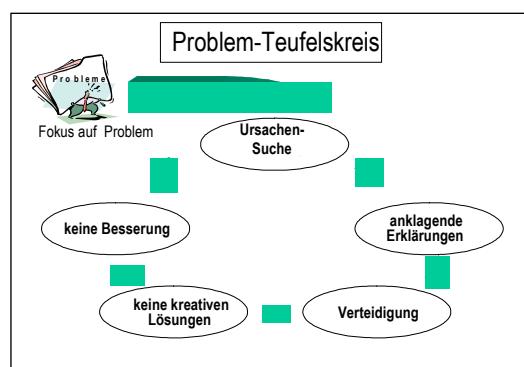
(Auftrag kann man sich nur selbst geben, nicht aufgedrückt bekommen, man muss ihn also annehmen! welchen Auftrag nehme ich an?)

- klare Aussage, ob der Patient/Klient überhaupt an etwas arbeiten will, oder er will nur klagen, jammern, sich über andere beschweren, dann ist er/sie keine Klient in systemischen Sinne sondern ein *Klagender*, oder sie weiß überhaupt nicht warum sie hier ist, wurde nur geschickt dann ist sie ein *Besucher*. Wie man mit den verschiedenen Beziehungsformen umgeht, später.
- Abklären der Erwartungen mit dem, was ich als Trainer anbieten kann.

Ü b e r b l i c k auf das gesamte Trainingsprogramm

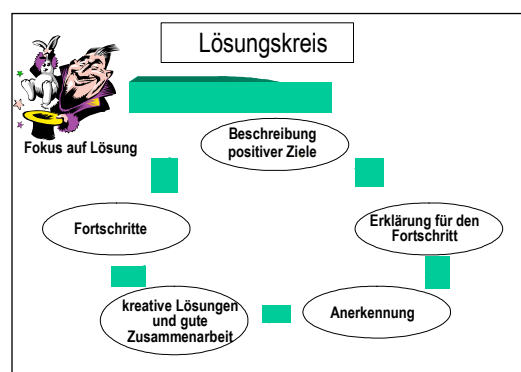
- Warum ausgerechnet lösungsorientierte Beratung und nicht etwas anderes?
Manchmal ganz vernünftig, zuerst Ursache zu erforschen und dann Lösung zu finden (Bsp. Fahrradkette zu locker, fester ziehen, P gelöst). Aber Menschen funktionieren als sogenannte „Nichttriviale“ Maschine, sind also keine Fahrradketten, und wenn mehrere Menschen zusammen kommen, wird's noch komplizierter
- Die Konzentration auf die Lösung weg vom Problem = Aufmerksamkeitsfokussierung. Dadurch werden Kompetenzen aktiviert, auf die man keinen Zugriff hat, die vergessen sind, wenn man im P ist. Aufmerksamkeitsfokussierung auf P bewirkt, dass mehr Energie in P geht. Auch wenn wir versuchen uns etwas nicht vorzustellen, stellen wir es uns vor. Die rechte Gehirnhälfte kann keine Negationen verarbeiten. Versucht z.B. einmal, nicht an einen weißen Bären zu denken! Deshalb besser an die Lösung zu denken anstatt an das, was NICHT mehr da sein soll
- Es werden keine Probleme analysiert, sondern Lösungen erarbeitet. Nicht falsch verstehen, Problem werden nicht verdrängt, sondern positiv in Ziele verwandelt
- Es gibt immer mehr Lösungen als Problem, da für Problem mehrere Lösungen und Problem = Lösung

Paper P-Kreis austeilen



Die Art und Weise, wie man über ein Problem spricht, führt häufig zu weiteren Problemen, nämlich meistens (vor allem im zwischenmenschlichen Bereich) die Suche nach Ursachen und nach Schuldigen, der/die Schuldige verteidigt sich, man ist in einer schlechten Verfassung, aus dem heraus keine kreativen Lösungen erreicht werden können; es bessert sich nichts, was wiederum eine Ursache und einen Schuldigen haben muss...man konzentriert sich weiterhin auf das Problem und nicht auf die LÖSUNGEN.

Paper Lösungs-Kreis austeilen



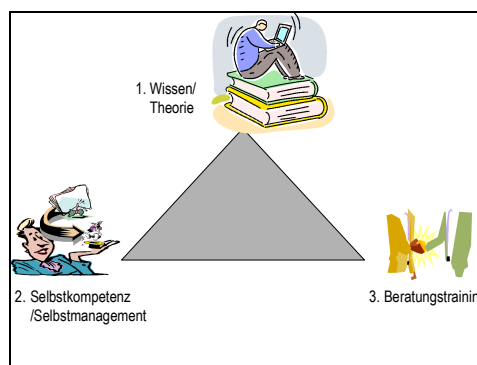
- Konzentrieren wir uns auf die L und beschreiben positive Ziel, dann suchen wir nach Erklärungen für den Fortschritt, wir geben Anerkennung, was die Zusammenarbeit verbessert, dadurch werden schneller L erarbeitet, es gibt mehr Fortschritt, und dieser Fortschritt wird wieder erklärt...
- Werden P in Ziele verwandelt, so wird der Teamgeist, die Arbeitsatmosphäre und die Motivation zur Zusammenarbeit verbessert
- Was wir hier machen, greift genau an dieser Stelle: er zeigt Wege auf, aus dem P-Kreis auszusteigen und in den L-Kreis einzusteigen, oder hypnotherapeutisch ausgedrückt, von einer P-Trance in die L-Trance zu gehen.
- Aktuelle Forschungsergebnisse bestätigen, dass Autonomie/Selbstbestimmung der entscheidende Faktor des psychischen Immunsystems ist, die Freiheit selbst zu entscheiden und selbstbestimmt zu leben wirkt als Schutz vor Burnout/Stress, sozusagen als Antidepressiva, Stärkung des Wissens und Vertrauens in die eigene Handlungskompetenz (Albert Bandura „self efficacy“).
- „Märchen“ vom Manager mit Herzinfarkt, Geo-Artikel „Stress“: Putzfrauen und einfache Arbeiter mehr gefährdet als Manager, da Manager selbst bestimmen kann und sich seine

Zeit selbst einteilen kann. Wenig Entscheidungsspielraum und trotzdem viel Verantwortung (= Druck).

- In diesem Kurs hier werden Strategien angeboten, um eigene Problemlösungs-Kompetenzen zu entfalten und diese bei Anderen anzuregen. Dieser Kurs hier und das Training lösungsorientierter Denkweise und Gesprächsführung sind quasi ein Training in Selbstbestimmung. Es wird genau dieses Wissen und das Vertrauen in die eigene Handlungs- und Lösungskompetenz gestärkt.
- Bereits erreichte Lösungen breiten sich sozusagen im System „Mensch“ aus, generalisieren als allgemeine Fähigkeit oder Lösungskompetenz. Diese kann auf andere Kontexte übertragen werden (von Job zu Privat o.ä.). **WICHTIG:** Lösungsorientierung ist **kein** Training in **positivem Denken**, da es nicht um Endzustände (Nirwana o.ä.) geht, sondern um realistische und konkrete Möglichkeiten, kleine Schritte in Richtung auf ein selbst gewähltes und passendes Ziel. Das kann harte Arbeit sein, aber nicht für uns, sondern für den Klienten. Es ist einfach, aber nicht leicht! Es geht also mehr um die **Richtung** als um das **Endziel** (man stellt sich nicht vor, wie alles um einen herum perfekt läuft, sondern erarbeitet eine passende Lösung, keine Standardlösung, denn sie muss ins System passen, sonst wird sie vom „psychischen Immunsystem“ abgestoßen wie etwa ein gut gemeinter Ratschlag).

Sie können das, was Sie hier lernen, gut für sich schon ab sofort oder später in Ihrem Beruf anwenden. Die Methoden eignen sich ideal für Alle in psychosozialen Berufen Tätigen. Sie hilft, leichter mit dem Alltag umzugehen, mit Vorgesetzten, Kollegen, Schülern, Patienten und Ärzten. Wir lernen Methoden kennen, die helfen, Konflikte zu lösen, Wertschätzung für uns selbst und andere aufzubauen und zu Lösungen zu kommen anstatt im P zu verharren. Systemisch-lösungsorientierte Methoden stellen enorme Entwicklungsmöglichkeiten bereit, sowohl für uns selbst als auch für andere, einmal sozusagen als Selbstmanagement und als lösungsorientierte Beratungskompetenz.

Paper austeilten: die 3 Teile des Trainings



Das Training hat 3 Teile:

1. Wissen

- (Theorie-Angebote, „Input“ wäre Widerspruch zur systemischen Haltung)

2. Selbstkompetenz/Selbstmanagement:


- Anwendung der Prinzipien auf uns selbst. Wir lernen, wie wir unsere eigenen P lösen können.

3. Beratungstraining:

- Hier können Sie ausprobieren, selber machen (hier geht es um konkretes Verhalten, um einüben, trainieren). Anwendung der Prinzipien auf Andere zur Hilfestellung, wir helfen Anderen ihre P zu lösen.

In jedem der 5 Trainingsblöcke à 2 Stunden werden mehrere bzw. alle 3 Teile trainiert. Theorie, Selbstmanagement und Beratungstraining bauen aufeinander auf bzw. greifen wie Puzzle-Teile ineinander.

Paper: Aufwärmübung Skalierungsfrage wo schätzen Sie ihre Beratungskompetenz insgesamt und Ihr Wohlbefinden auf einer Skala von 0 (schlechtester Wert) bis 10 (bester Wert) ein? Warum nicht 0? Was müssten Sie tun, um in beidem einen Skalenpunkt höher zu kommen?



Übung zur
Selbsteinschätzung

Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 der niedrigste Wert und 10 der höchste Wert ist: wie hoch schätzen Sie Ihr Wohlbefinden und Ihre Beratungskompetenz ein?

0 5 10
Wohlbefinden

0 5 10
Beratungskompetenz



Theorie

Systemisch-Lösungsorientierte Beratung hat ihre Wurzeln in Systemtheorie und Konstruktivismus. Nur die wichtigsten theoretischen Annahmen, da sich aus diesen auch teilweise Haltungen und Verhalten ableiten. Quelle: Sonja Radatz (2000)

Systemtheorie:

Was ist ein **System**: ein Konstrukt (ein Hilfsmittel zur Vereinfachung). Wird durch Menschen gebildet, z.B. Familie, Verein, Freundeskreis. Verhalten hängt (auch) von System ab, in dem man sich gerade befindet. Strukturen, Regeln, Beziehungen, Kommunikationen und Handlungen definieren das System, also in unterschiedlichen Systemen unterschiedliche Strukturen, Regeln, Beziehungen, Kommunikationen und Handlungen (weniger die speziellen Personen entscheidend). **Übung**: wie verhalte ich mich in bestimmten Systemen (z.B. zu Hause, in Herkunftsfamilie, am Arbeitsplatz), welche Strukturen, Regeln, Beziehungen, Kommunikationen und Handlungen, jeweils für jedes System kurz aufschreiben.

Systemisch denken heißt **zirkulär (in Kreisläufen) denken**: alles beeinflusst sich gegenseitig. Oft ist es so, dass nur eine Person und irgendwelche Eigenschaften von ihr gesehen werden, das ist so, als ob man beim Tanzen nur einen Tanzpartner beobachtet und den anderen völlig ignoriert, als gäbe es ihn/sie gar nicht. Wenn nun das Tanzen gut oder nicht gut funktioniert, sagt man, dass es an der Person liegt, die man beobachtet. Aber es gibt keine eindeutigen Schuldigen oder eindeutige Ursachen, sondern nur Beteiligte Bsp: Chefin und neues Konzept stolz vorgetragen (A B C und D, und auf B wirken x y und z, damit B zustande kommt und auch C und D). Wenn Beziehung funktioniert, liegt das nicht nur an einem Partner. Meistens sind mehrere beteiligt Das bedeutet, Menschen basteln sich gemeinsam ihr P. Also weg von der Suche nach Schuldigen hin zu Untersuchen der Muster, des Zusammenspiels (Beispiel „schwieriger Patient“: fragt man wann sich der Pat. wie genau verhält, was dem Verhalten voraus geht, und wer sonst noch beteiligt ist, erhält man Informationen über das Zusammenspiel der Beteiligten, also das Drumherum des P, und man bekommt viele Angriffspunkt für das Verhalten. Der Pat muss sich nicht alleine ändern, sondern die ganze Situation und das Verhalten der Beteiligten). **Übung dazu**: Jeder sucht sich kurz ein störendes

Verhalten eines Partners, Freundes etc.. und beantwortet folgende Fragen: wenn das P-Verhalten auftritt, was geht diesem voraus, wie verhalte ich mich wenn er/sie sich so verhält? Und was ist dann wiederum seine /ihre Reaktion darauf? So erhält man den Kreislauf (er zieht sich zurück, weil sie ihm auf die Pelle rückt, sie rückt ihm auf die Pelle, weil er sich zurückzieht)

Kontextbezogenheit (Berücksichtigung der Umwelt), jedes Problem ist in irgendeinem Kontext zu etwas nütze (ganz plakativ Magersucht-Hungersnot oder Fresssucht ist die Kompetenz, es sich gut gehen zu lassen, Alkoholismus ist die Kompetenz, sich an ein Suchtmittel zu binden (starke Bindungsfähigkeit). Diese Kompetenzen können für die Lösung des Problems genutzt werden. Geschichte Nordwind – Sonne. Lösungsversuch des Windes, aber Mann zieht seinen Mantel immer fester an sich. Sonne scheint einfach vor sich hin. Wärme der Sonne ist in diesem Zusammenhang bzw. Kontext lösungsdienlich, in einem anderen vielleicht eher der Nordwind. Nichts ist an sich so oder so, sondern gewinnt Bedeutung aus Situationszusammenhang.

Denken in Auswirkungen, nicht in Ursachen (es wird gefragt: wozu, nicht warum, also in die Zukunft, nicht in Vergangenheit). Die Vergangenheit lässt sich nicht mehr ändern (höchstens das Bild das wir von der Vergangenheit haben, aber das können wir nur jetzt ändern). Die Wirkung ist wichtiger als die Absicht! Die schlimmsten Dinge werden mit den besten Absichten getan.

Die systemisch-lösungsorientierte Beratung geht auch davon aus, dass Klienten bereits alles in sich tragen, um ein P zu lösen, sie verfügen über alle Kompetenzen, nur sie sind sich dessen nicht bewusst = **Ressourcenorientierung**. Wir machen kein P weg (das geht von allein weg, die Lösung merkt man am verschwinden des P, wenn die L da ist, interessiert es uns nicht mehr wie P wegging), sondern konzentrieren uns auf die bereits vorhandenen Stärken und das neue Verhalten, welches das P unnötig macht. Bsp. Nicht an einen weißen Bären denken o.ä. Ansonsten Ressourcenverschwendung, wenn mühsam neue Verhaltensweisen aufgebaut werden müssen, über die der Klient schon längst verfügt.

Lösungsorientierung (eng verbunden mit Ressourcenorientierung). „P talk creates P, solution talk creates solutions“. Lösungsorientierung heißt, sich auf das zu konzentrieren, was funktioniert, und nicht auf das was nicht funktioniert. Es geht nicht um eine möglichst genaue Untersuchung oder gar Klassifikation der Probleme, sondern man konzentriert sich von vornherein auf die Lösung.



Ursachenorientierte Fragen (vergangenheitsorientiert) Wieso? Weshalb? Warum? →

- Welche Ursachen hat das P?
- Wer hat es verursacht?
- Wer ist Schuld daran?
- Was ist das Schlimmste daran?
- Was ist in der Vergangenheit schief gelaufen?
- Warum?

Lösungsorientierte Fragen (zukunftsorientiert)

- Was in Zukunft anders?
- Was müssten Sie tun/unterlassen?
- Was soll in Zukunft anders sein?
- Welche Ziele?
- Woran merken, dass Ziel erreicht?
- Wer würde sich freuen, wenn das Ziel nicht erreicht würde?

Übung: Stellen Sie ursachenorientierte Fragen und lösungsorientierte Fragen gegenüber.

Ordnen Sie ursachenorientierte und lösungsorientierte Fragen	
Problem-Fragen	Lösungs-Fragen
	
<p>Welche Ursachen hat das P? Wer würde sich freuen, wenn das Ziel nicht erreicht würde? Wer hat es verursacht? Was soll in Zukunft anders sein? Wer ist Schuld daran? Woran merken Sie, dass Ihr Ziel erreicht ist? Was ist das Schlimmste daran? Warum? Was ist in der Vergangenheit schief gelaufen? Was soll in Zukunft anders sein? Was müssten Sie tun/unterlassen? Welche Ziele haben Sie? Wieso? Wozu?</p>	

Konstruktivismus:

Die **Wirklichkeit ist nicht wirklich wirklich** – alles erlebte ist subjektiv und entsteht im Auge (genau genommen im Gehirn) des Betrachters. Ob etwas ein P darstellt oder nicht, entscheidet der Klient. Jeder tut so, als gäbe es die Wirklichkeit. Wir konstruieren uns unsere Wirklichkeit selbst zusammen mit anderen, z.B. können wir eine bestimmte Tatsache wie das unruhige Verhalten eines Kindes, als P bestimmen. Es braucht aber immer jemanden, der die Tatsache zum P macht. Schließlich wird dann durch eine Diagnose „Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsstörung“ das lebhafte Verhalten zu einem P. Geht man mit dem Kind zu Psychiater und der sagt: „alles in Ordnung, nur ein bisschen impulsiv“, dann verändert sich rasch die Wahrnehmung des P. Bild entsteht im Gehirn, nicht auf der Netzhaut! Das Sehen passiert im Gehirn.

Handeln macht Sinne für den Handelnden. Es gibt immer einen guten Grund, warum sich jemand so verhält, er tut immer sein bestes in der gegebenen Situation entsprechend seiner Wirklichkeit(skonstruktion). Geschichte: Rosarote Elefanten vertreiben mit Klatschen.

Theorie **autonomer Systeme** (oder Autopoiese): wir können andere nicht verändern, nur verstören oder anregen, in welche Richtung sich jemand entwickelt, ist nicht voraussagbar. Bekanntes Bsp.: Stein in den See kicken (Winkel berechnen etc..) vs. Hund in den See kicken Unterschied: Hund ist lebendes System, nicht voraussagbar

Menschen **sind nicht, sondern verhalten** sich. Weg von Eigenschaften hin zu Verhalten (Frage: woher weißt Du, dass Du depressiv etc. bist? Antwort: Verhalten). Chance: jemand, der etwas ist, kommt schlecht von der Eigenschaft weg (von Eigenschaft abweichendes Verhalten wird dann als Ausnahme betrachtet). Verhalten kann man sich aber sofort anders! Trennung von Verhalten und Person (verhält sich wie ein... vs. ist ein...).

Lösungsorientierte Beobachtungsaufgabe als Hausaufgabe anbieten:

1. Bitte achten Sie darauf, nur beobachten, was anders ist, wenn Sie auf Ihrer Wohlbefindens- und Beratungskompetenz-Skala einen oder mehrere Skalenpunkte höher kommen
2. Was ist dann anders in Ihrem Verhalten? Was tun Sie dann anders oder was Sie vorher noch nicht getan haben?

Trainingsblock II

Besprechen der Hausaufgabe

- Was haben Sie beobachtet? Wer hat einen Unterschied im Verhalten festgestellt, wenn er/sie einen Skalenpunkt höher war? War es ein **Unterschied, der einen Unterschied** machte? (kurz erklären: Bedeutungsvoller Unterschied, ein Unterschied der für Euch wichtig war), Steve de Shazer etc..) Der „Witz“ dabei ist, dass man oft gar nicht genau weiß, welches Verhalten einen Unterschied macht, manchmal muss man einfach ausprobieren, was **funktioniert** und lassen, was **nicht funktioniert**). Mit welchem Verhalten könntet ihr jetzt auf der Wohlbefindens oder Beratungskompetenz-Skala einen weiteren Punkt höher kommen? Sozusagen mehr desselben tun. Könntet ihr das Verhalten beschreiben?



Theorie

Wie organisiert sich ein Problem:

1. Handlungen werden vollzogen, die besser unterlassen blieben. Etwas, das nicht funktioniert, wird getan
2. Handlungen werden unterlassen, die besser vollzogen würden (z.B. Ambivalenz. Es wird nachgedacht. Nachdenken verhindert handeln)

„Die Probleme von heute beruhen auf den Lösungen von gestern“. In diesem lösungsorientierten Sinne sind P Lösungen, nur solche, die nicht oder nicht mehr funktionieren. P als Lösung für einen internen oder externen Konflikt. Es löst widersprechende Strebungen auf, aber verursacht hohe Kosten, z.B. Zwänge als Schutz einer Beziehung im Dienste der Loyalität (Loyalität: Zugehörigkeit, Bindung, Nähe). Dieser Lösungsversuch muss gewürdigt werden! Um etwas zu ändern, sollten die Vorteile von Nicht-Veränderung und die Nachteile der Veränderung klar sein. Auswirkungen des P oder L- Verhaltens. Veränderungen sollten sich lohnen.

Die **Lösung** „hat mit dem **P** nichts zu tun“, das heißt „ich muss nicht wissen, wie ich den Karren in den Dreck gefahren habe um ihn wieder rauszuziehen“. P und L sind strukturell, qualitativ anders, die Lösung ist nicht nur mehr oder weniger als das P, sondern sie ist etwas anderes. Das P lässt sich nicht einfach in die L überführen, es sind zwei verschiedene Muster (siehe Bsp. 9 Punkte).

Die lösungsorientierte Beratung (vor allem nach Steve de Shazer) ist sehr minimalistisch, sehr einfach, für manche zu einfach, vor allem da man sich nicht viel mit dem P auseinandersetzt. Man möchte schon wissen, was genau das P ist, aber um zu kontrastieren, wann ist das P da und wann ist die L da, was ist dann unterschiedlich im Verhalten aller Beteiligten, das ist der erste Schritt zur Lösung.

Man möchte aber keinesfalls in eine Problemtrance gehen. Durch lösungsorientierte Fragen werden Ressourcen/Kompetenzen ins Bewusstsein geholt (hier Ähnlichkeit mit Hypnotherapie), sie befinden sich im P-Zustand außerhalb der Welt der Klienten (Beispiel mit 4 Linien 9 Punkte verbinden ohne abzusetzen) = Lösungstrance. Beispiel bringen!

Kleinsten gemeinsamen Nenner, auf den man mit jedem Klienten kommen kann:

- P nur, wenn Idee, dass und auch wie es besser sein könnte, sonst Tatsache, Schicksal, Restriktion (Einschränkung), widrige Lebensumstände.
- Unglück = Vergleich zwischen aktuellem Zustand und besserem Zustand



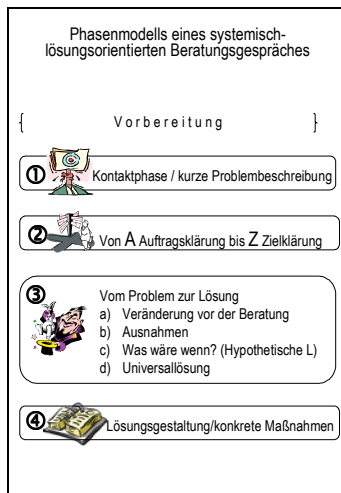
Beratungstraining

Evtl. an die Wand pinnen:

Grundregeln systemisch-lösungsorientierter Beratung

1. Wenn etwas kein P ist, versuche nicht es zu lösen!
2. Wenn etwas funktioniert, mache es weiter!
3. Wenn etwas nicht funktioniert, tue etwas anderes!

Phasenmodell vorstellen und austeilen

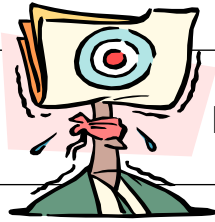


Systemisch-lösungsorientierte Beratung ist eigentlich ein kluges Fragenstellen, die Antworten gibt der Klient (ist auch sehr entlastend, da man nicht Experte für alles sein kann, der Klient ist Experte für die Inhalte, wir sind Experte für den Prozess, deshalb auch Prozessberatung). Verschiedene Fragen zu verschiedenen Phasen. **Wer fragt, muss keine Antwort geben!**

{ Vorbereitung }

- Vor dem Gespräch oder in den ersten Momenten: Ich frage mich selbst: auf welchem Gebiet könnte er/sie sich gut auskennen? Was gefällt mir am anderen? Was haben wir gemeinsam? Was freut mich an dem Gespräch?
- Fragen vorbereiten? Evtl. vorher an Klient schicken, er soll dann beantwortet mitbringen

1



Kontaktphase / kurze Problembeschreibung

In der Kontaktphase geht es darum, einen „guten Draht“ aufzubauen (Beziehung als wichtigster Prädiktor für Therapieerfolg, noch vor der Therapieschule), das P zu verstehen, aber nicht unbedingt in allen Details. Es geht um das Drumherum des P, der Tanz ums P. Auf Verhalten fokussieren, nicht zu tief in die „Gefühlswelt“ eintauchen o.ä.

Dauer ca. 5 bis höchstens 10 Minuten

Wichtige Fragen zur Problembeschreibung und Kontextklärung:

- Worum geht's? Was wollen wir heute besprechen? Was führt Sie zu mir?
- In welchem Kontext/Situationen tritt das P auf? Mit wem? Wer ist dabei? Mit wem nicht?
- Wann tritt es nicht auf ?
- Was macht Ihr P zum P?
- Was erhält das P am Leben?
- Unterschied P – Non-P: welche Bereiche von P beeinflusst, welche nicht?
- Skalierungsfrage: wie schlimm von 1 bis 10?

Signale, die dem Gesprächspartner signalisieren, dass wir bereit sind zuzuhören und zu verstehen:

- „Verstehen“ durch Aktives Zuhören
- Kopfnicken
- Zugewandter, freundlicher Blick
- Zugeneigter Körper
- Verbale Äußerungen wie „Ja“, „Hm“, „Genau“, „Aha“ usw.

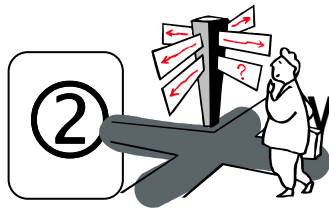
Lösungsorientierte Interventionen:

- Bei Skalierung. Warum nicht schlimmer?
- In der Vergangenheit
- Bis her, bis jetzt...
- Noch nicht...

Übung zur Kontaktphase / kurze Problembeschreibung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Klient kommt in Beratung und schildert sein P
- Berater hört aktiv zu und versucht, das Umfeld (Kontext) des P näher zu erforschen (siehe obige Fragen), auch verbale und nonverbale Signale beachten
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Ca. 5-7 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 10 Min

Trainingsblock III



Von A Auftragsklärung bis Z Zielklärung

Dauer Auftragsklärung nur ca. 2 Min – aber auch während des Gesprächs können mögliche Aufträge wechseln oder neue erteilt oder eingeholt werden. Aber **wichtig**: Auftrag, Erlaubnis des Klienten einholen! Man kann aktiv anbieten, dies und jenes zu tun, also „Produktinformationen“ geben (Zitat Gunter Schmidt).

Wiederholung Auftragsklärung: wer kann's erklären? Warum wichtig? (damit wir keine P lösen, die keine sind für Klient). Was will der Klient mit mir **HIER** (in der Beratung) zusammen erreichen, an was will er arbeiten (Auftrag kann man sich nur selbst geben, nicht aufgedrückt bekommen, man muss ihn also annehmen!) welchen Auftrag nehme ich an? **Auf den Punkt gebracht: ohne Auftrag arbeiten wir viel in alle möglichen Richtungen, also zu viel und wahrscheinlich auch noch am P vorbei, oder wir konstruieren neue P!**

Während **Auftragsklärung** meint, was der Klient hier bei mir erreichen will, was geschehen sollte, auf welche Art und Weise er arbeiten möchte, richtet sich die **Zielklärung** auf das Heimatsystem des Klienten, also auf das, was „da draußen“ passieren soll.

Auftragsklärung ist abgeschlossen, wenn klar ist für beide, an was und wie hier gearbeitet werden soll (kann sich natürlich verändern). Ich als Berater kann mich fragen: ist mir klar, was der Klient von mir will? Kann und will ich das leisten?

Wichtige Fragen zur Auftragsklärung:

- Was sollte das Ergebnis unserer gemeinsamen Beratung sein?
- Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, was sollte hier passieren?
- Woran werden Sie merken, dass ich Ihnen helfen kann?
- Woran würden Sie merken / was müssten wir hier tun, damit sie sagen, dass es sich gelohnt hat (...dass es sinnvoll war) herzukommen? Oder dass Sie sagen: „das war eine totale Katastrophe“?
- Warum zu mir? Warum jetzt?
- Was ist meine Rolle? (so nicht wörtlich fragen, eher sich selbst fragen)
- Was ist der „OK-Bereich“ , der so bleiben soll wie es ist?
- Ich würde Ihnen anbieten..... wäre das interessant für Sie?

Prüfen: Unterschiedliche Kontexte: ist das jetzt eine Beratungssituation (d.h. ist der Klient ein Klient?) Habe ich einen Beratungsauftrag? Wer hat mir einen Auftrag erteilt? Auftragsklärung, soziale Kontrolle (hat immer Vorrang vor) vs. Beratung

Umgang mit verschiedenen Beziehungsangeboten/Beziehungstypen

1. Besucher:

Es werden keine konkreten P oder Ziele genannt. Wurde geschickt, weiß eigentlich gar nicht, was er hier soll.

- „Haben Sie eine Idee, warum XY möchte, dass wir ins Gespräch kommen? Und was meinen Sie zu dieser Idee?“
- „Für wen ist es wichtig, dass Sie heute hier sind?“
- „Wenn sie schon mal da sind, was könnten wir gemeinsam hier tun?“
- „Angenommen, sie wollten eine Beratung/ein Anliegen besprechen, was könnte das sein?“
- Angenommen, Sie hätten Ziele, wie könnten die denn aussehen, was könnte das sein?“

2. Klagender:

Jammert oder beschwert sich über andere, kein Klient in systemischen Sinne, sondern ein Klagender. Formuliert keine Ziele, zu denen er selbst etwas beitragen könnte.

- „Wenn eine Situation schwierig ist (Krankheit schwer ist), glaubt man manchmal gar nicht an eine Verbesserung. Sollten wir uns auf Möglichkeiten konzentrieren, um die Situation besser zu ertragen oder darauf, was erste Schritte zu einer Besserung sein könnten?“
- „Bester Weg: andere ändern sich, zweitbester Weg: der Aktive beginnt mit Verhaltensänderung und wartet was passiert“
- Angenommen, Sie könnten etwas persönlich zur **Verschlimmerung** beitragen, was wäre das?
- Angenommen, Sie könnten etwas persönlich zur **Verbesserung** beitragen, was wäre das?
- Wunderfrage und aktives Rückgängigmachen des Wunders
- „Skala von 0 bis 10 , wobei 10 die Person ist, die Sie sein wollen, wo stehen Sie jetzt?“

3. Klient:

Hat eigene Ziele, möchte an etwas arbeiten, selbst etwas tun. Sieht sich für sich selbst verantwortlich und möchte nicht andere ändern oder sich ändern lassen vom Berater

Mission Impossible – Auftrag annehmen oder nicht?

Klient will sein P von uns gelöst haben, erwartet fertiges Konzept, Tipps und Tricks nach dem Motto „machen Sie mal“. Klient lehnt sich entspannt zurück, anstatt selbst denken zu müssen, und lehnt die unpassenden Vorschläge ab, und die meisten oder fast alle passen nicht. Wir als Berater setzen die Achtung des Klienten aufs Spiel, denn er merkt, dass wir inhaltlich auch nicht mehr wissen als er. In seiner Welt kann nur er selbst die Lösung erarbeiten, mit unserer Hilfe natürlich wir zeigen die unbewussten Kompetenzen auf, die Ecken, in denen er noch nicht gesucht hat. Zunächst geht das mit einer Erwartungsenttäuschung einher.

Beispiele (angelehnt an Radatz, 2000):

Grundsätzlich kann mit der systemisch-lösungsorientierten Methode argumentiert werden, die es nicht vorsieht Rat-SCHLÄGE zu geben.

Klient: Was soll ich tun? Sie sind doch der Experte? Geben Sie mir Ratschläge!

Berater: Ich bin vielleicht der Experte für Prozesse, aber Sie bleiben Experte für die Inhalte. Ich kann wahrscheinlich keine 100% passenden Ratschläge erteilen.

Oder:

Berater: Wäre das etwas Neues oder machen Sie das schon immer, Ratschläge von anderen zu befolgen? Was haben Ihnen diese Ratschläge bisher gebracht? Ich könnte Ihnen anbieten, dass ich Ihnen Fragen stelle und Sie selbst auf eine Lösung kommen. Wäre das interessant für Sie? Die

lösungsorientierte Beratung geht davon aus, dass Sie alle Ressourcen bereits in sich tragen, sie sind nur nicht verfügbar zur Zeit.

Oder...

Berater: Das könnte ich, aber die Ratschläge würden eher nicht passen!

Klient: Die passen schon!

Berater: Ok, dann gebe ich jetzt ein paar Ratschläge unter der Bedingung, dass Sie mir sagen, ob sie zu 100% passen. Falls nicht, würde ich vorschlagen, dass wir meine Methode anwenden: ich stelle Ihnen Fragen, und Sie geben sich selbst die Antworten! Einverstanden?

Berater: Wie müsste den ein Ratschlag aussehen, welche Kriterien müsste dieser erfüllen? (Alle Kriterien sammeln). Wenn wir zusammen eine L erarbeiten würden, die alle diese Kriterien erfüllt und die Sie selbst erarbeiten, wären Sie daran interessiert?

Oder:

Berater: was wären denn Ihre Kriterien für einen guten Ratschlag, wie müsste der denn Aussehen, damit er was bringt? Was noch? Ich könnte Ihnen anbieten, dass ich Ihnen Fragen stelle und Sie selbst anhand ihrer Kriterien auf eine Lösung kommen. Wäre das interessant für Sie?

Übung zur Auftragsklärung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Klient sucht sich einen Auftragsstyp aus (nicht mitteilen) und verhält sich entsprechend
- Berater versucht, falls der Klient ein Besucher oder Klagender ist, ihn einzuladen, in die Rolle des Klienten zu gehen (siehe obige Fragen)
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Ca. 3 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 10 Min

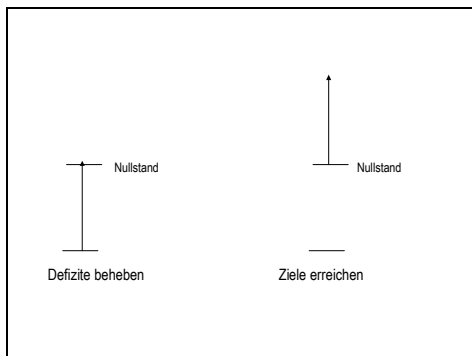
Zielklärung

Dauer Zielklärung ca. 3-10 Min

Warum Zielklärung? „Ans Ziel kommt nur, wer ein Ziel hat!“

Ziel:

1. positiv (Beginn von etwas, nicht Ende/Fehlen von etwas)
 - Unterschied P wegmachen und Ziele erreichen, siehe Schaubild



2. klein und realisierbar (aber bedeutend)
Das Ziel danach beurteilen, ob es realistisch oder völlig utopisch ist (**aus Hargens Buch**)
3. konkrete Beschreibung des Weges in Verhaltensweisen formuliert
4. langfristige pos. Konsequenzen
Wie würden verschiedene wichtige Personen auf die Erreichung des Zieles reagieren?
Positiv? Ok. **Negativ?** Unter welchen Bedingungen würden diese die Erreichung des Zieles akzeptieren?

Wichtige Fragen zur Zielklärung (= „das, was draußen passieren soll“):

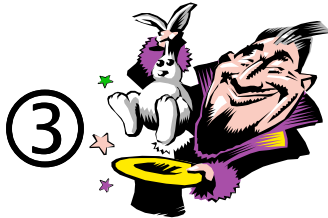
- Was ist Ihr Ziel?
- Was möchten Sie idealerweise erreichen?
- Was soll anstatt des P da sein?
- Was ist anders, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben? Frage nach einem Ziel hinter dem Ziel
- Was würde an die Stelle des P treten, wenn es plötzlich verschwinden würde?
- Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 bedeutet, dass Ziel ist absolut unrealistisch und utopisch, und 10 bedeutet, das Ziel ist realistisch und erreichbar, wo würden Sie Ihr Ziel da einordnen?

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Wie würde Ihr Mann/Ihre Frau auf die Erreichung des Zieles reagieren? Positiv? Ok. Negativ? Unter welchen Bedingungen würden diese die Erreichung des Zieles akzeptieren? |
|---|

Übung zur Zielklärung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Berater stellt zielorientierte Fragen und überprüft, ob Kriterien für Zielformulierung erfüllt
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Ca. 5 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 10 Min

Trainingsblock IV



Vom Problem zur Lösung: Was ist wenn P nicht da bzw. nicht da wäre?

Generell geht es darum, zu sehen, was denn anders ist bzw. anders wäre, wenn das P nicht da ist. Es geht darum, Unterschiede deutlich zu machen. Nachfolgend das Schema von Steve de Shazer, etwas gekürzt. Wenn es bereits vor der Beratung Veränderung gab, dann bleiben wir zuerst mal dabei. Man kann Schritt für Schritt vorgehen, und vor allem nicht ZUVIEL ARBEITEN! HAUPTFEHLER EINES BERATERS! Also nur soviel wie notwendig. Gibt es keine Veränderung vor der Beratung, dann auf Ausnahmen fokussieren, dann als nächstes hypothetische Lösung, wenn das auch nichts hergibt, dann bleibt noch Universallösung.

a) Veränderung vor der Beratung

Fragen zur Veränderung vor der Beratung:

- Hat sich seit unserem Telefonat/seit wir den Termin ausgemacht haben schon eine Lösung abgezeichnet? .. schon etwas verändert? ..
- Skalierungsfragen: wo waren Sie auf der Skala als wir den Termin ausgemacht haben und wo sind Sie jetzt?
- Hat sich schon etwas in die gewünschte Richtung verändert seit wir den Termin ausgemacht?
- Hat sich schon etwas ergeben, was evtl. zu einer Problemlösung führen könnte?
- Wann war das P mal ganz schlimm? Wie haben Sie es geschafft, sich wieder zu lösen? Was hat geholfen, die Energie aufzubringen?

Evtl. im Anschluss Frage nach hypothetischer Lösung: (Angenommen Sie würden noch einen Schritt weiter nach vorne machen, was könnte Ihnen dabei helfen?)

Auch hier wieder die Regel *wenn es funktioniert, mach mehr davon.*

Übung zu Veränderungen vor der Beratung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Berater stellt Fragen um Veränderungen vor der Beratung zu eruieren
- Fragenkatalog kann benutzt werden
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Dann wechseln
- Jeder 10 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 45 Min

b) Ausnahmen (= unbewusste Lösungen)

Bereich des NON P in aller Regel viel größer als der Bereich des P, aber wird größer wahrgenommen. Frage nach den Bereichen des NON-P.

Wenn Ausnahme (= NON-P),

was

- tut
- sieht
- denkt
- fühlt
- plant der Klient, was er sonst nicht tut, sieht etc.. (Bamberger, 2001)

Wichtige Fragen zu Ausnahmen:

- Gab es in den letzten Wochen, Monaten, Tagen Zeiten, in denen P weniger schlimm war?
- Was ist der Unterschied zwischen besseren und schlechteren Tagen?
- Was ist anders wenn P schlimmer und wenn P besser
- Wer tut dann was, wer sagt dann was zu wem? Was ist dann anders?
- Wer außer Ihnen hat am meisten Einfluss darauf, ob P schlimmer oder besser?
- Zu wie viel % sind Sie im Moment psychisch belastet, und wie viel % ist ok?
- Was können Sie selbst von sich lernen, an Tagen wo P besser?

Wichtig: absolute Aussagen wie „Nie“, „immer“, „alles“, etc.. sind gute Hinweise auf unzulässige Generalisierung, denn es gibt immer (auch hier wieder ein immer!) Ausnahmen! Das P ist nicht zu 24 Stunden immer gleich, es hängt vom Verhalten der Beteiligten ab (Tanz um das P), doch dieses Verhalten ist meistens nicht bewusst und der eigene Beitrag schon gar nicht. Diese Fragen helfen, diesen Beitrag bzw. einen alternativen Beitrag ins Bewusstsein zu rücken. Es geht darum Unterschiede herauszufinden im Verhalten der Beteiligten, vor allem des Klienten, die einen Unterschied machen. Dieses Verhalten wird dann sozusagen „verordnet“ oder „verschrieben“ nach dem bekannten Motto: wenn es funktioniert, tu mehr davon. So kommt man von **IMMER** zu **MANCHMAL SO, MANCHMAL SO bzw. SOWOHL ALS AUCH**

Falls sich keine Ausnahmen finden lassen...

Verschlimmerungsfragen

- Bewusst verschlechtern, was könnten Sie tun?
- Schlechte Ratschläge

Oder

- Skalierungsfragen (beobachten oder jetzt vorstellen, wie bessere oder schlechtere Tage sind)
- „Einerseits.. Andererseits“ (Splitting zwischen P und irgendeinem NICHT-P Teil)
- so tun als ob (Verhaltensaufgabe)
- angenommen, es gäbe eine Ausnahme, wie würde die aussehen?

Übung zu Ausnahmen:

- Berater, Klient, Beobachter
- Berater stellt Fragen um Ausnahmen zu eruieren
- Fragenkatalog kann benutzt werden
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Dann wechseln
- Jeder 10 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 45 Min

c) Was wäre wenn? (Hypothetische Lösung)

- **Wunderfrage:** was wäre, wenn ein Wunder geschehen und das P gelöst wäre?
- **Zirkuläre Sichtweise:** woran würden andere Personen erkennen, dass P gelöst ist?
- **Metaperspektive:** Was würden Sie sich selbst als ihr eigener Coach/Supervisor empfehlen? Als neutrale Person? Bergmetapher: wir betrachten uns gemeinsam vom Gipfel aus Ihr Leben, in welcher Richtung zeichnet sich eine Lösung ab? Wo könnten Sie eine Lösung sehen? Was würden Sie sagen, waren die wichtigsten Schritte auf dem Weg?

Wichtige (natürlich hypothetische) Fragen zur Hypothetischen Lösung:

- Woran würden Sie merken.....
- dass Ihr P gelöst ist?
- ...dass Sie einen/zwei Skalenpunkte weiter gekommen sind?
- Was werden Sie dann anders tun? Was werden Sie dann tun, was Sie jetzt noch nicht tun/bis jetzt noch nicht getan haben?
- Was ist (wäre) dann anders?
- Welche KRITERIEN müsste eine gute Lösung erfüllen? (so lange Nachfragen, bis keine Kriterien mehr einfallen)
- Angenommen, Sie würden schon morgen mit der Umsetzung beginnen? Was wäre das erste, das Sie tun?
- Was würden Sie sich selbst als ihr eigener Coach/Supervisor empfehlen? Als neutrale Person?
- Bergmetapher: wir betrachten uns gemeinsam vom Gipfel aus Ihr Leben, in welcher Richtung zeichnet sich eine Lösung ab? Wo könnten Sie eine Lösung sehen?
- Was würden Sie sagen, waren die wichtigsten Schritte auf dem Weg?
- Wie würden Sie sich, wenn Ihr Ziel erreicht ist, anders Verhalten, und wie würden die anderen reagieren?
- Angenommen, ich würde ihren Chef fragen (Partner etc..) fragen, woran er es als erstes feststellen könnte, dass P gelöst.. was würde er/sie antworten?
- Was würde einem Außenstehenden zuerst auffallen? Welche Veränderung wird ihm am meisten auffallen?

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Angenommen, wir würden einen Film drehen, was wäre auf dem Film dann zusehen? Woran würde ich es sehen auf dem Film, dass ihr P gelöst? |
|---|

Auch bei den hypothetischen Lösungen ist es wichtig, **konkretes Verhalten** zu beschreiben

- Konkretisieren. Wer sagt was zu wem oder tut was mit wem oder unterlässt was, wenn das Ziel erreicht ist? An welchem Verhalten merkt man konkret, dass das Ziel erreicht ist?
- Bei **Verneinungen**: was würden Sie statt dessen tun? Ja, und was würden Sie dann darüber hinaus tun?
- Bei Gefühlen z.B. „dann wäre ich glücklich“, welche Konsequenzen wenn glücklicher, was er dann anders machen würde, woran die anderen es merken könnten und was die Folge davon wäre
- **Klagender**: wenn Partner sich ändert, welche Konsequenzen für Ihr Verhalten hätte das? = **wenn der andere sich änderte, was würde das für Ihr Verhalten bedeuten, was würden Sie dann tun, was Sie bisher noch nicht oder schon lange nicht mehr getan haben**
- „**So tun als ob**“, z.B. mit Zufallsexperiment: in 2 Tagen nächste Woche so tun, als ob das Wunder zu ein klein wenig eingetreten wäre
- **Ich weiß nicht**: angenommen, Sie wüssten es

Was von dem sagt Ihnen am meisten zu? Was wäre am leichtesten? Dann tun Sie genau das!

Übung zu hypothetischer Lösung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Berater stellt Fragen um hypothetische Lösung zu erarbeiten
- Fragenkatalog kann benutzt werden
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Dann wechseln
- Jeder 10 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 45 Min

d) Universallösung

Mach was Du willst aber

- etwas anderes!
- anders!

Wieder auf äußeres Verhalten fokussieren

- Experimente
- Rituale
- Nicht –Veränderungs-Verschreibung (...noch nicht)

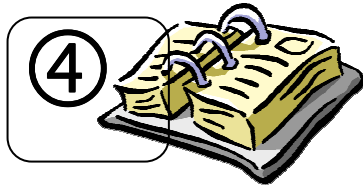
- Z.B. Münzwurf bei Liebeskummer und Frage, ob sie ihn anrufen soll oder nicht oder Seiten im Bett tauschen bei Eheproblemen, oder einfach Empfehlung, noch nichts zu ändern

Es gibt viele Erklärungsmöglichkeiten, warum diese Technik des „tu etwas ander(e)s“ funktioniert, wahrscheinlich ist es einfach eine Störung des P-Musters und eine Neuorganisation des Systems, es kann etwas bewirken, muss aber nicht

Übung zu Universallösung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Berater stellt Fragen um Universallösung zu finden
- Fragenkatalog kann benutzt werden
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Dann wechseln
- Jeder 10 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 45 Min

Trainingsblock V



Lösungsgestaltung/konkrete Maßnahmen

Nochmals wichtig: Verhaltenbegriffe verwenden!

- **Nicht** „ich fühle mich besser“
- Das Verhalten muss vom Klienten umsetzbar sein: **Nicht** „andere tun dies oder das“

In dieser Phase geht es um die Planung konkreter Maßnahmen:

- was tut der Klient
- wann
- wo
- mit wem
- wie lange?

Wichtige Fragen zur Lösungsgestaltung:

- Wann werden Sie konkret beginnen?
- Was werden Sie sich vor dem Beginnen selbst sagen?
- Wie werden Sie Herrn XY gewinnen, Ihnen zu helfen?
- Wie wird der erste Schritt aussehen?
- Was macht Sie sicher, dass Sie es schaffen?
- Wie werden Sie sich für erste Fortschritte belohnen?
- In welcher Form werden Sie erste Fortschritte registrieren/notieren?
- Es wird schlechtere und bessere Tage geben: wie werden Sie mit den schlechteren umgehen?

Rückfallprophylaxe: evtl. Bild mit auf den Weg geben: man kann nie zweimal in den gleichen Fluss steigen! Irgendwas verändert sich immer!



meine **3** Formulierungen
zur Lösungsgestaltung

1.
.....
2.
.....
3.
.....

Übung zu Lösungsgestaltung:

- Berater, Klient, Beobachter
- Berater stellt Fragen um Lösungsgestaltung zu erarbeiten
- Fragenkatalog kann benutzt werden
- Beobachter gibt Feedback (Feedbackregeln!)
- Dann wechseln
- Jeder 10 Minuten plus Feedback 5 min, insgesamt ca. 45 Min

Abschlussfrage: Gibt es irgendwas, das wir vergessen haben?

Übung in Kleingruppen: Beratungsgespräche von Auftragsklärung bis Lösungsgestaltung führen.
Abwechselnd mit Feedback

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Dissertation ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich habe die Übernahme wörtlicher Zitate aus der Literatur sowie inhaltlich übernommener Stellen anderer Autoren an den entsprechenden Stellen der Arbeit gekennzeichnet. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen für mich haben kann.

Mannheim, den 14.08.2007

